



ΣΤΟΥΣ ΡΥΘΜΟΥΣ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΣ

ΚΩΔΙΚΟΣ: 2510

ΤΟΜΟΣ 14
ΤΕΥΧΟΣ 158
ΙΟΥΝΙΟΣ 2005

Τιμή πώλησης 0,01 €

Μήνας έλεγχου χοληστερόλης

Το Έλληνικό Ίδρυμα Καρδιολογίας, έχοντας παρηγήσει την εξαρση της υπερκολληστερολαιμίας, τόσο παγκοσμίως όσο και πανελλαδικά και αντιλαμβανόμενο την έλλειψη επαρκούς ενημέρωσης του κόσμου γύρω από το θέμα, εγκαινίασε φέτος μια νέα πρωτοβουλία: το Μήνα Έλεγχου Χοληστερόλης, από 20 Μαΐου έως 20 Ιουνίου 2005. Πρωταρχικός στόχος της πρωτοβουλίας αυτής είναι η ενημέρωση και η ευαισθητοποίηση όλων μας γύρω από την ανάγκη έλεγχου των επιπέδων της χοληστερόλης μας.

Στο πλαίσιο της πρωτοβουλίας περιλαμβάνονται ενέργειες που στόχο έχουν να κάνουν τον έλεγχο της χοληστερόλης πράξη και ατομική υπόθεση του καθενός μας. Έτσι, κατά τη διάρκεια του Μήνα Έλεγχου Χοληστερόλης διεξάγονται ενημερωτικές εκδηλώσεις, στις οποίες δίνεται στο κοινό ή δυνατότητα στιγμιαίας εξέτασης της χοληστερόλης του από γιατρούς σε κεντρικά σημεία της Αθήνας και της Θεσσαλονίκης. Η εξέταση αυτή είναι άπλη και ανώδυνη. Γίνεται με ένα απλό τσίμπημα στο δάχτυλο, τα αποτελέσματά της παρέχονται άμεσα και αποτελούν ένδειξη για το εάν χρειάζεται περαιτέρω πλήρης λιπιδαιμικός έλεγχος - καλή και κακή χοληστερόλη - σε κάποιο μικροβιολογικό κέντρο.

Ός γνωστόν, η υπερκολληστερολαιμία είναι ένας άθεατος έχθρος της καρδιάς, γιατί δεν προκαλεί συμπτώματα! Έτσι, ενώ 1 στους 3 Έλληνες έχει επίπεδα χοληστερόλης υψηλότερα από τα κανονικά, 7 στους 10 δεν το γνωρίζουν. Καί, δυστυχώς, η υπερκολληστερολαιμία δεν εμφανίζεται μόνο σε άτομα που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη, είναι υπέρβαρα ή γυναίκες που βρίσκονται στην εμμηνοπαυση. Μπορεί κάποιος να είναι νέος, αδύνατος και αθλητικός τύπος και παρ' όλα αυτά να έχει υψηλή χοληστερόλη. Δεν πρέπει, επίσης, να ξεχνάμε ότι η χοληστερόλη παράγεται σε μεγάλο βαθμό από τον ίδιο μας τον οργανισμό, με τρόπο, πολλές φορές, γενετικά προκαθορισμένο.

Γι' αυτό, ο αποτελεσματικότερος τρόπος πρόληψης και μακροπρόθεσμου έλεγχου είναι η εξέταση χοληστερόλης, η οποία πρέπει να γίνεται σε άνδρες και γυναίκες ξεκινώντας από νεαρή ηλικία. Όταν η τιμή της ολικής χοληστερόλης είναι μικρότερη των 200 mg/dl, η εξέταση επαναλαμβάνεται τουλάχιστον κάθε 5 χρόνια. Οί τιμές από 200-240 mg/dl επιβάλλουν παρακολούθηση κάθε χρόνο.

Ο παρακάτω πίνακας δείχνει πού αναλυτικά τα επίπεδα χοληστερόλης που πρέπει ή δεν πρέπει να μας ανησυχούν (σύμφωνα με το Αμερικανικό Ίνστιτούτο Υγείας).

Έπιθυμητά

Τιμές μικρότερες από →

Όριακά

Τιμές ανάμεσα σε →

Υψηλά

Τιμές ίσες ή μεγαλύτερες από →

Έπίπεδα χοληστερόλης

200 mg/dl όλικη χοληστερόλη

130 mg/dl LDL «κακή» χοληστερόλη

200-239 mg/dl όλικη χοληστερόλη

130-159 mg/dl LDL «κακή» χοληστερόλη

240 mg/dl όλικη χοληστερόλη

160 mg/dl LDL «κακή» χοληστερόλη

Η χοληστερόλη είναι μία λιπαρή ουσία απαραίτητη για τη λειτουργία των κυττάρων, όπως και για την παραγωγή και το μεταβολισμό των ορμονών. Κυκλοφορεί στο αίμα μας και προέρχεται από δυο πηγές: από την τροφή που καταναλώνουμε και από τον ίδιο μας τον οργανισμό και πιο συγκεκριμένα από το ήπαρ (συκώτι), το οποίο παράγει την ποσότητα χοληστερόλης που χρειαζόμαστε. Όταν όμως βρίσκεται στο σώμα μας σε μεγάλες ποσότητες, δημιουργούνται προβλήματα στον οργανισμό μας και ειδικότερα στην καρδιά μας.

Τα αυξημένα επίπεδα χοληστερόλης σχετίζονται σε μεγάλο βαθμό με ένα διατροφολόγιο πλούσιο σε ζωικά και κορεσμένα λιπαρά. Στον ανεπτυγμένο κόσμο το φαγητό είναι ένα είδος ένδοξη και ειδικά το κακής ποιότητας φαγητό, που και φθινό είναι και όλοι έχουμε εύκολη πρόσβαση σ' αυτό. Αυτή η τρομακτική αλλαγή των τελευταίων 100-150 χρόνων ανέτρεψε τα περιβαλλοντικά δεδομένα χιλιαστών και τα γονιδιά μας άδυνατο να ανταποκριθούν σε αυτά. Συνεχίζουν να αποθηκεύουν άμεσως λίπος διότι έχουν μάθει ότι θα χρειαστεί τις επόμενες ημέρες για τη σωματική άσκηση αλλά, δυστυχώς, σήμερα η άσκηση δεν έρχεται ποτέ και έρχεται μόνο η επόμενη μερίδα φαγητού.

Υπάρχουν δυο είδη χοληστερόλης: η HDL, η λεγόμενη «καλή» χοληστερόλη και η LDL, «κακή» χοληστερόλη. Η LDL λέγεται και «κακή» χοληστερόλη γιατί έχει συσχετιστεί με την εμφάνιση αρτηριοσκληρώσεως και, γενικότερα, με την εκδήλωση καρδιαγγειακών προβλημάτων. Για μία υγιή καρδιά θα πρέπει να διαπρωύμε την LDL χοληστερόλη σε χαμηλά επίπεδα.

Αξίζει να σημειώσουμε ότι η «κακή» LDL χοληστερόλη είναι από τους βασικότερους παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση καρδιαγγειακών παθήσεων, της κυριώτερης αιτίας θανάτου στην Ελλάδα και στην Ευρώπη γενικότερα. Μείωση της τάξης του 10% των τιμών της χοληστερόλης στο αίμα μειώνει κατά 25% τις πιθανότητες εμφάνισης καρδιοπάθειας τόσο σε άνδρες

όσο και σε γυναίκες.

Έτσι, αυτοί που γνωρίζουν, προσφεύγουν άρχικα και απαραίτητα στην αλλαγή διατροφικών συνθηκών και ακολουθώντας ανάλογα με τον κίνδυνο στεφανιαίου επεισοδίου που διατρέχουν, συσχετιμώντας και άλλους παράγοντες κινδύνου όπως το κάπνισμα, τα επίπεδα αρτηριακής πίεσης, σακχάρου, το οικογενειακό ιστορικό κ.ά. - ενδεχομένως σε φαρμακευτική αγωγή, για να μειώσουν τα επίπεδα της «κακής» χοληστερόλης τους και, φυσικά, τον κίνδυνο εμφράγματος ή αγγειακού επεισοδίου.

Είναι δύσκολο να πηγαίνει κάποιος κόντρα στο ρυθμό της εποχής του αλλά, στους καρδιολόγους τουλάχιστον, είναι ήδη εμφανές ότι όσοι μάθουν από νεαρή ηλικία να ασκούνται αρκετά και να τρώνε λιγότερο και υγιεινότερα θα ζήσουν περισσότερο και καλύτερα.

Η μείωση των αυξημένων επιπέδων χοληστερόλης και η διατήρησή τους στο φυσιολογικό είναι υπόθεση καθημερινής φροντίδας, γι'

αυτό:

- Διακόπτουμε το κάπνισμα.
- Καταναλώνουμε τουλάχιστον 5 μερίδες λαχανικών/φρούτων την ημέρα.
- Ελέγχουμε την κατανάλωση λιπαρών και προτιμούμε το ελαιόλαδο, τα φυτικά έλαια, τις φυτικές μαργαρίνες και τα λιπαρά ψάρια, τροφές που συμβάλλουν στη μείωση της LDL, «κακής» χοληστερόλης και, παράλληλα, αποφεύγουμε τα κορεσμένα λιπαρά όπως βούτυρο, μέγικον κ.ά.
- Καταναλώνουμε προϊόντα εμπλουτισμένα με φυτικές στερόλες: μαργαρίνη, γάλα, γιαούρτι, κ.λπ.
- Περιορίζουμε το αλκοόλ.
- Διαπρωύμε το βάρος μας σε φυσιολογικά επίπεδα.
- Αθλούμαστε τουλάχιστον ½ ώρα ημερησίως (περπάτημα, ποδηλασία ή κάποια ευχάριστη ένασκόληση που απαιτεί κίνηση).

Πάντα φυσικά με τη συνεργασία και τις οδηγίες του γιατρού μας. 🍏



στην Ελλάδα... και τον κόσμο



Μονάδες «άμεσου δράσεως» και ... ξεχάστε ότι περάσατε έμφραγμα!

ΒΑΣΙΛΗΣ Ν. ΣΠΑΝΟΣ, έπεμβατικός καρδιολόγος τής Εύρωκλινικής Ἀθηνών,
σύμβουλος του ΕΛ.Ι.ΚΑΡ.

Τί είναι η στηθάγχη - τί είναι το έμφραγμα

Ἡ στηθάγχη και τὸ έμφραγμα εἶναι συχνές έκδηλώσεις τής στεφανιαίας νόσου, ἡ ὁποία εὐθύνεται γιὰ τὴν ἀπώλεια πολλῶν ἀσθενῶν, πού συχνά δὲν γνωρίζουν ὅτι πάσχουν ἀπὸ τὴ νόσο.

Προϋπόθεση γιὰ ὁποιαδήποτε έκδήλωση τής στεφανιαίας νόσου εἶναι ἡ δημιουργία ἀθηρωματικῆς πλάκας σὲ διαφορετικὰ σημεῖα στὰ τοιχώματα τῶν ἀρτηριῶν τής καρδιάς (στεφανιαίες ἀρτηρίες). Βασικὰ συστατικὰ τῆς ἀθηρωματικῆς πλάκας εἶναι ἡ χοληστερίνη, κύτταρα τοῦ αἵματος και φλεγμονώδη κύτταρα.

Ἡ ἀθηρωματικὴ πλάκα ἀρχίζει νὰ δημιουργεῖται σὲ σχετικά νεαρὴ ἡλικία και μετὰ τὰ χρόνια σταδιακὰ αὐξάνεται, ἕως ὅτου φράξει σημαντικό μέρος τοῦ αὐλοῦ κάποιας στεφανιαίας ἀρτηρίας. Ὅταν αὐτὸ συμβεῖ, ἡ παροχὴ αἵματος στὸν καρδιακὸ μὺ δὲν ἐπαρκεῖ, ἰδιαίτερα ὅταν αὐξάνεται τὸ ἔργο τῆς καρδιάς. Ὅς ἀποτέλεσμα, ὁ ἄρρωστος νοιώθει πόνο στὸ στήθος ἢ λαχάνιασμα κατὰ τὴ διάρκεια φυσικῆς δραστηριότητας, τὴν ὁποία παλαιότερα κατὰφερνε νὰ ὀλοκληρώσει χωρὶς προβλήματα.

Σὲ αὐτὲς τὶς περιπτώσεις λέμε ὅτι ὁ ἄρρωστος παρουσιάζει στηθάγχη. Στηθάγχη πού παρουσιάζεται γιὰ πρώτη φορά χρίζει ἀμεσης διερεύνησης, ἐπειδὴ δὲν ἀποκλείεται νὰ εἶναι προοίμιο ἐμφράγματος.

Εἶναι ὅμως πιθανὸ κάποια ἀθηρωματικὴ πλάκα νὰ προκαλέσει συμπτώματα ξαφνικά και ὄχι κατὰ τὴ σταδιακὴ αὐξήσῃ τῆς. Αὐτὸ συμβαίνει ὅταν ἐνεργοποιεῖται διαδικασία συσσώρευσης κυττάρων τοῦ αἵματος πάνω στὴν πλάκα, μετὰ ἐπακόλουθο τὸ σχηματισμὸ θρόμβου και τὴ μερικὴ ἢ ὀλικὴ ἔμφραξη τῆς ἀρτηρίας. Σὲ αὐτὲς τὶς περιπτώσεις ὁ ἄρρωστος νοιώθει πόνο στὸ στήθος ἀκόμα και ὅταν δὲν ἐκτελεῖ φυσικὴ δραστηριότητα και οἱ καρδιολόγοι κάνουμε λόγο γιὰ ὄξυ ἰσχαιμικὸ σύνδρομο.

Τὸ ὄξυ ἰσχαιμικὸ σύνδρομο εἶναι ἰδιαίτερα ἐπικίνδυνη κατάσταση, ἡ ὁποία χρίζει ἀμεσης νοσηλείας σὲ

νοσοκομεῖο. Σὲ κάποιες περιπτώσεις ὁ θρόμβος λύνεται αὐτόματα και ἡ ἀρτηριακὴ ροὴ ἐλευθερώνεται.

Σὲ ἀντίθετη περίπτωση, δηλαδὴ σὲ περίπτωση ἐξέλιξης πρὸς τὴν πλήρη ἔμφραξη τῆς ἀρτηρίας ἀπὸ τὸ θρόμβο ἔχουμε ὡς ἀποτέλεσμα νέκρωση μέρους τοῦ καρδιακοῦ μυῶς (μυοκαρδίου), ὁπότε μιλάμε γιὰ έμφραγμα τοῦ μυοκαρδίου. Ἡ νέκρωση εἶναι σταδιακὴ και ἐπεκτείνεται ὅσο παρατείνεται ἡ ἔμφραξη τῆς ἀρτηρίας πού τροφοδοτεῖ μὲ αἷμα τὸ ἀντίστοιχο τμῆμα τοῦ μυοκαρδίου.

Ἡ σύγχρονη ἀντιμετώπιση τοῦ ἐμφράγματος

Ἡ σύγχρονη ἀντιμετώπιση τοῦ ἐμφράγματος συνίσταται στὴν ἀποκατάσταση τῆς ροῆς τοῦ αἵματος ὅσο τὸ δυνατόν ἐναρτίτερα, και πάινως στὶς πρώτες λίγες ὥρες ἀπὸ τὴν ἔναρξη τοῦ πόνου. Μετὰ τὴν ἀποκατάσταση τῆς αἱματικῆς ροῆς διασώζεται ὁ καρδιακὸς μὺς και ἀποτρέπεται δυσμενεῖς ἐπιπτώσεις γιὰ τὸν ἄρρωστο. Ἄν ἡ ἀποκατάσταση τῆς αἱματικῆς ροῆς ἐπιτευχθεῖ μέσα στὴν πρώτη ὥρα ἀπὸ τὴν ἔναρξη τοῦ πόνου μπορούμε νὰ...ξεχάσουμε ὅτι περάσαμε έμφραγμα.

Ἡ πλέον ἐπιτυχῆς και ἀσφαλῆστερη μέθοδος γιὰ

τὴν ἀποκατάσταση τῆς αἱματικῆς ροῆς εἶναι ἡ ἐνδοστεφανιαία ἐπέμβαση στὴν υπεύθυνη ἀρτηρία (πρωτογενῆς ἀγγειοπλαστική). Αὐτὸ ἐπιτυγχάνεται μετὰ ἀμεση διενέργεια στεφανιογραφίας, ὅπου ἀναδεικνύεται τὸ πρόβλημα καί, στὸν ἴδιο χρόνο, διάνοιξη τῆς φραγμένης ἀρτηρίας μετὰ μπαλόνι και τοποθέτηση νάρθηκα (stent).

Ἡ ἀμεση διάνοιξη τῆς ἀρτηρίας μετὰ μπαλόνι προποθεῖτε νοσηλεία τοῦ ἀσθενοῦς σὲ νοσοκομεῖο πού διαθέτει τμῆμα καρδιακῶν καθετηριασμῶν μετὰ ἱκανὴ ἐμπειρία και μετὰ ἐτοιμότητα γιὰ τὴν ἐπείγουσα ἀντιμετώπιση ἐμφραγμάτων, ἐπὶ εἰκοσιτετραῶρον βάρεως.

Ἡ ἀμεση κινητοποίηση εἶναι κρίσιμη ἐπειδὴ σὲ αὐτὲς τὶς περιπτώσεις «ὁ χρόνος (πού χάνεται) εἶναι μυοκάρδιο (πού νεκρώνεται)».

Γιὰ τὴ μεγάλη πλειοψηφία τῶν νοσοκομείων πού δὲν διαθέτουν τμῆμα καθετηριασμῶν ὑπάρχουν δυὸ ἐπιλο-



γής: η χορήγηση φαρμάκων που διαλύουν το θρόμβο (θρομβολυτική θεραπεία) ή η μεταφορά του ασθενούς σε νοσοκομείο με τμήμα καθετηριασμών. Η θρομβολυτική θεραπεία εξασφαλίζει την άποφυγή της καθυστέρησης που συνεπάγεται η μεταφορά του ασθενούς.

Το μειονέκτημά της είναι ότι ύστερα στα ποσοστά διάλυσης της άρτηρίας (70% περίπου σε σύγκριση με 90-95% για την επέμβαση), ενώ παράλληλα οδηγεί σε γενική πτώση της πηκτικότητας του αίματος, που μπορεί να έχει ως επακόλουθο έγκεφαλική αιμορραγία.

Παρ' όλα αυτά η θρομβολυτική θεραπεία είναι εξίσου σωτήρια για το μυοκάρδιο αν χορηγηθεί στις πρώτες τρεις ώρες από την έναρξη του πόνου.

Μεταφορά ασθενούς σε νοσοκομείο με τμήμα καθετηριασμών.

Μπορεί να είναι ρεαλιστική λύση;

Η άμεση μεταφορά των ασθενών από τα κατά τόπους νοσοκομεία σε ειδικά κέντρα καθετηριασμών δοκιμάστηκε σε μεγάλες κλινικές μελέτες σε χώρες όπως η Δανία και η Τσεχία και είχε εξαιρετικά αποτελέσματα. Προϋπόθεση για τα αποτελέσματα αυτά ήταν η άριστη οργάνωση του συστήματος παραπομπών, ώστε να επιτυγχάνεται η μεταφορά σε λιγότερο από μία ώρα.

Από αυτές τις μελέτες φαίνεται πως όταν η θρομβολυτική θεραπεία δίνεται μέσα στις πρώτες τρεις ώρες από την έναρξη του πόνου έχει αποτελέσματα σχεδόν εφάμιλλα της διάλυσης της άρτηρίας με μπαλόνι. Αντίθετα για ασθενείς οι οποίοι παρουσιάζονται μετά από τρεις ώρες, η μεταφορά τους σε εξειδικευμένο κέντρο καθετηριασμών προς διάλυση της άρτηρίας σώζει ζωές (Widimsky et al, Eur Heart J 2003 Jan; 24(1):94-104).

Σήμερα δοκιμάζεται σε μεγάλες μελέτες η μεταφορά των αρρώστων με εμφραγμα στα εξειδικευμένα κέντρα, με παράλληλη, κατά τη διάρκεια της μεταφοράς, έναρξη χορήγησης φαρμάκων που διαλύουν το θρόμβο. Μερικοί πιστεύουν πως αυτός ο θεραπευτικός συνδυασμός θα είναι η καλύτερη αντιμετώπιση του εμφράγματος στο μέλλον.

Τί θα μπορούσε να αποτελέσει ρεαλιστική λύση για τους Έλληνες ασθενείς

Στην Ελλάδα η άμεση επέμβαση και διάλυση της άρτηρίας στο όξύ εμφραγμα αποτελεί πρόνομο λίγων αρρώστων. Ο λόγος είναι ότι τα νοσοκομεία με οργανωμένα κέντρα καθετηριασμών και ικανή εμπειρία στις επεμβάσεις με μπαλόνι και stent υπάρχουν στα μεγάλα μόνο αστικά κέντρα. Άλλα και από αυτά δεν έχουν όλα προχωρήσει στην οργάνωση των υπηρεσιών τους σε εικοσιτετράωρη έτοιμότητα, ώστε να παρέχουν τρόπους επείγουσας αντιμετώπισης του εμφράγματος.

Από την άλλη μεριά η διαμόρφωση της χώρας μας δεν αφήνει σημαντικές ελπίδες οργάνωσης ενός συστήματος μεταφοράς των αρρώστων από επαρχιακές πόλεις στα αστικά κέντρα με τους έντυπωσιακούς χρόνους που επιτεύχθηκαν π.χ. στη Δανία.

Η πλειοψηφία πάντως των ελληνικών νοσοκομείων μπορεί να χορηγήσει θρομβολυτική θεραπεία, πού, όπως είπαμε, έχει πολύ καλά αποτελέσματα, φτάνει να χορηγηθεί κατά τις πρώτες τρεις ώρες. Άρα ο στόχος για όλους τους ασθενείς εκτός των αστικών κέντρων είναι

να επιτύχουμε να λάβουν θρομβολυτική θεραπεία μέσα στις πρώτες τρεις ώρες από την έναρξη του εμφράγματος. Από αυτήν την άποψη οι προσπάθειες του ΕΛΙΚΑΡ για σωστή ενημέρωση των ασθενών είναι σημαντική.

Θα επαναλάβουμε εδώ ότι **ξαφνικός πόνος ή «κάψιμο» ή «σφίξιμο» στο στήθος, που μπορεί να επεκτείνεται στις ωμοπλάτες, στα μπράτσα ή το λαιμό και μπορεί να συνοδεύεται από ναυτία και έμετο ή ζάλη πρέπει να μας οδηγήσει άμεσα αναζήτηση ιατρικής φροντίδας.**

Σημαντική είναι επίσης η οργάνωση των νοσοκομείων, ώστε να διαγιγνώσκονται γρήγορα το εμφραγμα και να μην καθυστερεί η θεραπεία.

Για τους ασθενείς με αυξημένο κίνδυνο αιμορραγίας, οι οποίοι δεν μπορούν να λάβουν θρομβολυτική θεραπεία, είναι σκόπιμη η μεταφορά τους σε εξειδικευμένο κέντρο καθετηριασμών προς διενέργεια άγγειοπλαστικής.

Για τη μειοψηφία των αρρώστων που θα εμφανίσουν όξύ καρδιακό πόνο στα μεγάλα αστικά κέντρα είναι σκόπιμη η μεταφορά τους σε νοσοκομεία, τα οποία διαθέτουν τμήμα καθετηριασμών σε εικοσιτετράωρη έτοιμότητα. 🍎



συνέχεια από τη σελ. 86

δυνατή η ίδρυση μονάδων εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ) της άσταθους στηθάγχης και του όξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου και γενικά, όπως λέμε σήμερα, του όξέος ισχαιμικού συνδρόμου. Από το 1962, που έγινε η πρώτη ΜΕΘ στις ΗΠΑ, αυξάνονται συνεχώς αυτές οι μονάδες και καλούν τους πάσχοντες να μετακινηθούν όσο το δυνατόν πιο σύντομα, ει δυνατόν, την πρώτη ώρα της προσβολής στο νοσοκομείο. Άλλα και το ασθενοφόρο θα πρέπει να έχει δυνατότητα ηλεκτρικού σοκ, επειδή η κλινική διαφορά είναι κολοσσιαία, σε κοιλιακή μαρμαρυγή σώζεται ο πάσχων σχεδόν 100% στις ΜΕΘ, ενώ χάνεται σχεδόν 100% εκτός νοσοκομείου. Γίνεται αντιληπτό πια ότι έπαψαν οι νοσηλείες στο σπίτι και στους γενικούς θαλάμους των νοσοκομείων, όπου οι επιβιώσαντες κατά τις πρώτες δύσκολες ώρες της όξείας προσβολής και κατά τη μακρά τότε νοσηλεία τους των 20 και 30 ημερών, είχαν πολύ υψηλή θνησιμότητα, άνω του 35%. Έπιπλέον με την ηλεκτροφυσιολογία και ηλεκτροθεραπεία, ως η τεχνητή βηματοδότηση της καρδιάς, σήμερα σώζονται και άλλες χιλιάδες, άπειροι άνθρωποι στον κόσμο, οι οποίοι εξαιτίας κάποιας ηλεκτρικής διαταραχής του καρδιακού μυός θα έθνησκαν προώρως. Από το 1999 με την εμφύτευση του άπινωδιωτή υπάρχουν δυνατότητες και αμφικοιλιακής βηματοδότησης της καρδιάς, ώστε με μία επέμβαση να καλύπτονται πολλές ανάγκες του ασθενούς, π.χ. σε καρδιακή ανεπάρκεια η τεχνητή βηματοδότηση και των δυο κοιλιών για καλύτερο συγχρονισμό της κοιλιακής συστολής και βελτίωση της κλινικής εικόνας. Έτσι και πολλοί κόσμος απολαμβάνει ποιοτικά το θείο δώρο της ζωής. 🍎

Από την ιστορία της καρδιολογίας.

ΠΑΥΛΟΣ Κ. ΤΟΥΤΟΥΖΑΣ, καθηγητής - διευθυντής ΕΛ.Ι.ΚΑΡ.

Συνέχεια από το τεύχος Ἀπριλίου

Ὡς πρὸς τὴς ἀρρυθμίες, τὸ 18ο αἰῶνα ὁ Albrecht van Haller (1708-1777) ἀναφέρεται στὸν αὐτοματισμὸ καὶ τὴ διέγερση ὄλων τῶν μυϊκῶν ἰνῶν τῆς καρδιάς γιὰ νὰ συσταλοῦν. Τὸ 1870 ὁ Lorgain περιγράφει τὴ διδυμία ἀπὸ δακτυλιτιδισμό καὶ τὸ 1876 ὁ Etienne Marey ἐπισημαίνει τὴν ὑπαρξη τῆς ἀνερέθιστης περιόδου τοῦ καρδιακοῦ κύκλου καὶ ἀναφέρεται ἐπίσης στὴς ἔκτακτες συστολές τῆς καρδιάς. Ἀργότερα, ὁ Karl Ludwig (Λειψία 1830) ἐπισημαίνει πρῶτος τὴν κοιλιακὴ μαρμαρυγὴ (Bouvrain, 1975). Καὶ τὸ 1889 ὁ Leon Bouveret μετὰ τὴς μεθόδους τῆς ἐπισκόπησης, ψηλάφησης, ἀκρόασης καὶ τῶν σχετικῶν καταγραφῶν τῆς καρδιακῆς ὥσης, τοῦ ἀρτηριακοῦ σφυγμοῦ καὶ τοῦ σφυγμοῦ στὴς σφαγιτίδες περιγράφει τὴς κρίσεις τῆς ὑπερκοιλιακῆς ταχυκαρδίας (νόσος Bouveret).

Ὡς πρὸς τὴς διαταραχὲς τῆς ἀγωγῆς τοῦ ἐρεθίσματος ὁ Robert Adams (1791-1875), ἀπὸ τὸ Δουβλίνο, ἀναφέρεται σὲ κρίσεις συγκοπηκῆς μετὰ σπασμῶν ἐπὶ ἀσθενῶν μετὰ 30 σφυγμῶν τὸ λεπτό. Ἀπὸ τὴν ἴδια πόλη ἀργότερα ὁ William Stokes (1846) διαπιστώνει διαχωρισμὸ μεταξὺ τῶν κοιλιακῶν συστολῶν ἀπὸ ἐκεῖνες τῶν δυὸ κόλπων καὶ ὅλα αὐτὰ γίνονται μετὰ μεθόδου ἐκτίμησης τῶν κυμάτων τῶν σφαγιτίδων στὸ λαιμὸ καὶ τῶν καρδιακῶν παλμῶν! Ἐντεῦθεν καὶ οἱ κρίσεις Adams - Stokes ἐπὶ πλήρους κολποκοιλιακοῦ ἀποκλεισμοῦ. Ὡς πρὸς τὴν ἀνατομικὴ ὁδὸ τοῦ ἐρεθίσματος, αὐτὴ θὰ περιγραφεῖ ἀργότερα, τὸ 1895, ἀπὸ τὸν Wilhelm His μετὰ τὸ ὁμώνυμο δεμάτιο τῆς κολποκοιλιακῆς ἀγωγῆς.

Ὁ Stephan Hales (1677-1761) τὸ 17ο αἰῶνα παίρνει πρῶτος τὴν πίεση ἀπὸ ἄλογο καὶ εἰσάγει τὴν αἰμοδυναμικὴ μελέτη στὴς παθήσεις τοῦ κυκλοφορικοῦ. Ἀργότερα, τὸ 1891, ὁ Scipione Riva-Ricci ἀνακαλύπτει τὸ πλῆρον εὐχρηστο σφυγμομανόμετρο γιὰ τὴ μέτρηση τῆς πίεσεως. Πρακτικὰ ὅμως ἡ μέτρηση τῆς πίεσης στὸν ἀσθενῆ θὰ γίνεταί μετὰ ἀκρόαση, μεθόδου ποὺ ἄρχισε νὰ ἐφαρμόζει ὁ Korotkoff τὸ 1905.

Τὸ 1855 ὁ Swaine περιέγραψε τὸ διαχωριστικὸ ἀνεύρυσμα τῆς ἀορτῆς, τὸ 1859 ὁ Charcot τὴ διαλείπουσα κωλόπτια, τὸ 1896 ὁ Marfan τὸ ὁμώνυμο σύνδρομο, καὶ τὸ 1908 ὁ Buerger τὴν ἀποφρακτικὴ ἀρτηριοπάθεια (Levy, 1975).

Τέλος, στὴ διάγνωση καὶ θεραπεία τῶν παθήσεων

μέγιστος θὰ ἀναδειχθεῖ, ὅπως ἦδη ἀναφέραμε, ὁ Louis Pasteur (1822-1896), ὁ ὁποῖος θὰ γίνετὶ ὁ πατέρας τῆς μικροβιολογίας, τῆς ἀνοσολογίας, τῶν ἐμβολιασμῶν, κ.ἄ. καὶ θὰ ἐμπρεάσει βασικὰ ὅλες τὴς εἰδικότητες τῆς Ἱατρικῆς Ἐπιστήμης.

Ὁ Jean Baptiste Senac (1693-1770) ἔγραψε τὸ πρῶτο μεγάλο βιβλίον καρδιολογίας τῆς Γαλλίας, ἀπὸ τὸ ὁποῖο ἐκπαιδεύτηκαν γενεές γιαιτρῶν. Στὸ βιβλίον αὐτὸ ἀναφέρεται ἡ χρῆση τοῦ κινίνου γιὰ τὴ θεραπεία ἀρρυθμιῶν καὶ ἰδιαίτερα τῶν ἐκτάκτων συστολῶν. Τὸ 1785 ὁ William Withering (1741-1799) εἰσάγει τὴ δακτυλίτιδα στὴν θεραπεία τῆς καρδιακῆς ἀνεπάρκειας, ὡς φάρμακο καρδιοτονωτικὸ - διουρητικὸ καὶ περιγράφει μετὰ λεπτομέρεια τὴς ἐνδείξεις, τὴ δοσολογία καὶ τὴς παρενέργειες αὐτῆς. Πάντως μετὰ τὴ δακτυλίτιδα πρῶτος εἶχε ἀσχοληθεῖ τὸ 16ο αἰῶνα ὁ Γερμανὸς Fuchs. Τὸ 1876 ὁ Brunten χρησιμο-

ποιεῖ τὴ νιτρογλυκερίνη στὴν θεραπεία τῆς στηθάγχης.

Ἀπὸ χειρουργικῆς πλευρᾶς τὴν πρώτη ἐγχείρηση στὴν καρδιὰ θὰ κάνει ὁ Rhen τὸ 1896 στὴ Φρανκφούρτη μετὰ συρραφὴ τραύματος τοῦ μυοκαρδίου τῆς δεξιᾶς κοιλίας.

Ἀπὸ τὰ ἀναφερθέντα ἔχει διατυπωθεῖ ἡ ἄποψη ὅτι ὁ 16ος αἰὼν χαρακτηρίζετὰ ἀπὸ τὴν πρόοδο τῆς ἀνατομίας, ὁ 17ος χαρακτηρίζετὰ ὡς αἰὼν τῆς φυσιολογίας, οἱ ἐπόμενοι δυὸ αἰῶνες, 18ος καὶ 19ος, εἶναι ἡ περίοδος τῆς κλινικῆς φυσιολογίας, καί, τέλος, ὁ 20ος εἶναι ὁ αἰὼν τῶν τεχνικῶν μεθόδων.

20ος αἰὼν

Ἡ Καρδιολογία ἔκανε βήματα τὸν 20ο αἰῶνα περισσότερο ἀπ' ὅσα εἶχαν γίνετὰ στὸ παρελθόν. Ἀσφαλῶς, ἡ ὄλη πορεία γίνετὰ μετὰ σκυτάλη καὶ δὲ θὰ μπορούσε ὁ 20ος νὰ τὴν πάρει ἂν δὲν τοῦ τὴν προσέφερε ὁ 19ος. Τὸ 1908 ἐκδίδετὰ τὸ πρῶτο καρδιολογικὸ περιοδικὸ στὸν κόσμον ἀπὸ τὸν Vaquez στὴ Γαλλία «Archives des maladies du Coeur et des Vaisseaux» καὶ ἕνα χρόνο ἀργότερα τὸ 1909 τὸ βρετανικὸ «The Heart» ἀπὸ τὸν Thomas Lewis (Matteo, 1975). Νὰ σημειωθεῖ ὅτι ὁ Thomas Lewis ἀναφέρετὰ καὶ ὡς ὁ πρῶτος ποὺ περιέγραψε τὴν κολπικὴ μαρμαρυγὴ (1909), οἱ δὲ Βρετανοὶ Jolly καὶ Ritchie τὸν κολπικὸ περυσισμό (1910).

Ἀπὸ διαγνωστικῆς πλευρᾶς σταθμοὶ στὴν καρδιολογία ἀποτελοῦν οἱ ἀνακαλύψεις τοῦ ἠλεκτροκαρδιο-



γραφήματος (Einthoven, 1901), ό καθητηριασμός τής καρδιάς (Forssmann, 1929) και τὸ ὑπερπυκνοκαρδιογράφημα (Edler, 1954). Τὸ ἠλεκτροκαρδιογράφημα (ΗΚΓ) γίνεται ἀπαραίτητη μέθοδος εξέτασης στὰ νοσοκομεία και στὰ ἐξωτερικὰ ἰατρεία. Σήμερα σχεδὸν ὅλες οἱ ἐιδικότητες ἔχουν ἀνάγκη τὸ ΗΚΓ, π.χ. οἱ παθολόγοι, οἱ χειρουργοὶ και οἱ ἀναισθησιολόγοι γιὰ τὴν παρακολούθηση τοῦ καρδιακοῦ ρυθμοῦ κατὰ τὴ διάρκεια τής ἐγχείρησης κ.ἄ. Ἀκόμα και τὸ πιστοποιητικὸ θανάτου δύσκολα ὑπογράφεται χωρὶς τὴν ἀπόδειξη τής ἰσοηλεκτρικῆς γραμμῆς!

Κατὰ τὴν περίοδο 1900-1940 δὲν ὑπῆρχε καρδιολόγος στὰ Νοσοκομεία και οἱ καρδιακὲς παθήσεις ἀντιμετωπίζοντο ἀπὸ τὸ γενικὸ ἰατρὸ στὸ νοσοκομεῖο κυρίως μὲ βάση τὴν κλινικὴν ἐξέταση, στὴν ὁποία περιλαμβάνετο ἡ ψηλάφηση τοῦ σφυγμοῦ και ἡ μέτρηση τής ἀρτηριακῆς πίεσης, ἐνῶ ἀπὸ ἐργαστηριακῆς πλευρᾶς στὰ Νοσοκομεία γινόταν ἀκτινοσκόπηση τής καρδιάς και σὲ λίγα νοσοκομεία τῆς Εὐρώπης ἐλαμβάνετο και Η.Κ.Γ. Μετὰ τὸ 1940 ἐμφανίζεται ἡ ἐιδικότητα τοῦ καρδιολόγου στὰ νοσοκομεία.

Ἀπὸ χειρουργικῆς πλευρᾶς, τὸ 1912, ὁ Alexis Carrel θὰ πάρει τὸ βραβεῖο Νόμπελ γιὰ τὶς ἐργασίες του στὴν ἀγγειοχειρουργικὴ και σχετικὰ μωσεύματα. Τὸ 1913 ὁ Γάλλος Tuffier προσπαθεῖ μὲ τὸ δάκτυλο νὰ ἀνοίξει τὸ στόμιο στενώσεως ἀορτῆς σὲ νέο ἄνδρα. Ὁ ἀσθενὴς ἐπέζησε καὶ 10 χρόνια ἀργότερα ἦταν καλά. Τὸ ἴδιο ἔτος (1913) ἔγινε και ἡ πρώτη ἐγχείρηση στενώσεως πνευμονικῆς σὲ γυναίκα ἡλικίας 20 ἐτῶν. Ἐδῶ χειρουργὸς ἦταν ὁ Γάλλος Doyen ποὺ ἐπεχείρησε μὲ μαχαίρι μὲσῶ τής δεξιᾶς κοιλίας νὰ ἀνοίξει τὸ στόμιο. Ἡ ἀσθενὴς κατέληξε σὲ λίγες μέρες. Τὸ 1920 πάλι ὁ Γερμανὸς Rehn θὰ κάνει τὴν πρώτην χειρουργικὴ ἀποφλοιῶση στὴν συμπίεστικὴν περικαρδίτιδα. Τὸ 1923 ὁ Ε. Banting θὰ πάρει τὸ βραβεῖο Νόμπελ γιὰ τὴν ἀνακάλυψη τής ἰνσουλίνης.

Τὸ 1937 ὁ Strieder ἔκανε χειρουργικὴ ἀπολίνωση τοῦ ἀρτηριακοῦ (βοταλείου) πόρου. Κατὰ τὸ Β΄ Παγκόσμιο πόλεμο χρησιμοποιοῦνται εὐρέως τὰ ἀντιβιοτικά, βελτιώνεται σημαντικὰ ἡ ἀναισθησία και ὁ Harken χειρουργικὰ θὰ βγάλει ξένα σώματα ἀπὸ τὴν καρδιὰ και τὰ μεγάλα ἀγγεῖα (Harken, Williams, 1946). Τὸ 1944 ὁ Blalock, ὁ Gross και ὁ Crafoord χωριστὰ θὰ διορθώσουν χειρουργικὰ στένωση ἰσθμοῦ τής ἀορτῆς (Blalock και Park, 1944) (Grafford και Nylin, 1945, Gross και Hufnagel, 1945).

Ὅπως ἀναφέραμε, ὁ καθητηριασμός τής καρδιάς ἀνακαλύπτεται ἀπὸ τὸν Γερμανὸν Forssmann ποὺ τὸν ἐφήρμοσε στὸν ἑαυτὸ του! Ἔτσι ἄνοιξαν οἱ πύλες τής σύγχρονης καρδιοχειρουργικῆς μὲ τὴν ἀνάπτυξη τῶν ἀγγειοκαρδιογραφῶν, στεφανιογραφῶν κ.ἄ. Ὁ Blalock, τὸ 1944, μὲ τὴν καθοδήγηση τής Taussing χειρουργεῖ κυανωτικὸ παιδί ποὺ πάσχει ἀπὸ τετραλογία τοῦ Fallot. Τὸ 1948 ὁ Bailey κάνει χειρουργικὴ βαβλιδοτομή σὲ στένωση τής μιτροειδοῦς, τὸ 1954 ὁ Cooley προβαίνει σὲ ἀντικατάσταση ἀνευρύσματος ἀνιούσης ἀορτῆς και λίγο ἀργότερα ὁ Starr, τὸ 1961, ἀντικαθιστὰ τὴν μιτροειδῆ βαλβίδα μὲ προσθετικὴν. Τὴν πρώτην ἐγχείρηση στὴν φτωχὴ Ἑλλάδα κάνει ὁ καθηγητὴς Δ. Λαζαρίδης τὸ 1964, ἀντικαθιστὰ πάσχουσα βαλβίδα τής μιτροειδοῦς μὲ τεχνητὴ

Starr-Edwards στὸ Ἰπποκράτειο νοσοκομεῖο Ἀθηνῶν. Τὴν ἴδια χρονιά, στὴ Ρωσία, ὁ Kolesson κάνει ἐγχείρηση by pass μὲ χρῆση ἔσω μαστικῆς ἀρτηρίας μὲ τὴν καρδιὰν πάλλουςαν. Ὅμως γιὰ τὶς μετέπειτα 2-3 δεκαετίες θὰ ἐπικρατήσει ἡ ἐγχείρηση by pass μὲ τοποθέτηση φλεβικῶν μωσευμάτων, ποὺ ἔγινε πρώτη φορά στὶς ΗΠΑ τὸ 1968 ἀπὸ τὸν Ἀργεντινὸν Favalaro. Τὴ δεκαετία τοῦ 1990, ὁ Ἀργεντινὸς Beneti ἐπαναφέρει τὴ χρῆση τής ἔσω μαστικῆς ἀρτηρίας και ἄλλων ἀρτηριῶν, ὡς ἡ κερκιδικὴ, γιὰ by pass στὶς ἐγχειρήσεις στεφανιαίων ἀρτηριῶν. Αὐτὴ εἶναι σήμερα και ἡ ἐπικρατοῦσα μέθοδος. Μεγάλον βῆμα στὴν χειρουργικὴ ἀπετέλεσε και ἡ μεταμόσχευση καρδιάς ποὺ ἔγινε τὸ 1968 ἀπὸ τὸν Christian Barnard στὴ Νότιον Ἀφρικὴν, ἐνῶ τὸ 1969 ἔγινε και ἡ πρώτη μεταμόσχευση τεχνητῆς καρδιάς ἀπὸ τὸν Cooley στὶς ΗΠΑ.

Φυσικὰ ἡ ἀνάπτυξη τής χειρουργικῆς ἔγινε μετὰ τὴν ἐφαρμογὴ τής στεφανιογραφίας (1958) ὡς βασικῆς μεθόδου στὴ διάγνωση τής στεφανιαίας νόσου ἀπὸ τὸν Mason Sones. Ἡ διαγνωστικὴ αὐτὴ μέθοδος ὁδήγησε και σὲ θεραπευτικὲς ἐφαρμογὲς ὅπως ἡ ἀγγειοπλαστικὴ ἀπὸ τὸν Andrea Gruntzig, 1977, και ἡ τοποθέτηση stent στὴν στεφανιαία ἀρτηρία ἀπὸ τὸν Ulrich Sigwart πρὸς ἀποφυγὴ τής ἐπαναστενώσεως. Ἐπιπλέον, μὲ τὴν στεφανιογραφία ἔχει ἀναπτυχθεῖ και πλειὰς μεθόδων παθοφυσιολογικῆς μελέτης τής ἀθροματικῆς πλάκας.

Τὸ 1954 ὁ Σουηδὸς Edler εἰσάγει τὸ ὑπερπυκνοκαρδιογράφημα στὴν διάγνωση και ἐκτίμηση τῶν καρδιοπαθειῶν. Ἔτσι, φέρεται τὸ μάτι τοῦ γιαιτροῦ κυριολεκτικὰ μέσα στὴν καρδιὰ και γιὰ ὅλη τὴν ἐπιστῆμην τής Καρδιολογίας ἀνοίγονται ἐκπληκτικὸι ὀρίζοντες. Στὴ χώρα μας, στὸ κέντρο και τὴν περιφέρεια, σήμερα ἀκόμη και τὸ ἀπλὸ ἰδιωτικὸ ἰατρεῖο εἶναι συνήθως ἐξοπλισμένο μὲ ὑπερπυκνοκαρδιογράφο.

Ἀρρυθμίες - Ἀπινιδωση - Βηματοδότηση

Ἐξαιρετικὴ εἶναι ἡ συμβολὴ τής ἠλεκτροφυσιολογίας στὴ μελέτην και ἀντιμετώπιση τῶν καρδιοπαθειῶν. Στὶς ἀρχὲς τής δεκαετίας τοῦ 1950 στὸ Cleveland τῶν ΗΠΑ, ὁ Claude Beck κάνει τὸν πρῶτον ἠλεκτρικὸν σὸκ ἀπινιδώσεως τής καρδιάς και διανοίγεται ἡ λεωφόρος τής πρόληψης και ἀντιμετώπισης τοῦ αἰφνιδίου θανάτου. Τὴν ἴδια ἐποχὴ, τὸ 1952, ὁ Zoll ἀνακαλύπτει τὸν τεχνητὸν ἐξωτερικὸν βηματοδότην και τὸν ἐφαρμόζει διαθωρακικὰ σὲ ἄρρωστο μὲ βελόνες ὑποδόριες, ἀπὸ τὶς ὁποῖες μὲ ἠλεκτρὸδία βηματοδοτεῖ σὲ συχνότητα 25 παλμῶν τὸ λεπτό! Ἀλλὰ τὴ δόξα θὰ τὴν κερδίσει ὁ Chardack, τὸ 1960, μὲ τὴν πρώτην ἐμφύτευση τεχνητοῦ βηματοδότη. Ἀργότερα, μετὰ τὸ 1960, διεδόθη ὁ διαफलῆβιος τεχνητὸς βηματοδότης. Τὸ 1980 ὁ Mirowski ἐμφυτεύει αὐτόματον ἀπινιδωτὴν σὲ ἀσθενὴν μὲ σοβαρὴν καρδιοπάθεια ποὺ κινδυνεύει ἀπὸ αἰφνίδιον θάνατον. Τὸ 1988 γίνεται τὸ πρῶτον ablation, τὴν πρωτιά τὸν ὁποῖον διεκδικοῦν κέντρα ἀπὸ τὴν Εὐρώπην και τὴν Ἀμερικὴν, και προσφέρει ἀνακούφιση στὴν ἀνθρωπότητα ἀπὸ τὶς παροξυσμικὲς ἔκτοπες ταχυκαρδίες. Ἡ συμβολὴ τής ἠλεκτροφυσιολογίας και ἠλεκτροθεραπείας συνεχῶς γίνεται περισσότερο αἰσθητὴ μὲ νέες ἐξελιξίσεις. Κατ' ἀρχὴν μὲ τὸ ἠλεκτρικὸν σὸκ ἔγινε

Δέν ἐπιβάλλω τὸν καπνὸ μου στοὺς διπλανούς μου.

Ζήτημα αἰσθητικῆς καὶ ἐλευθερίας.

ΒΑΣΙΛΗΣ Ν. ΣΠΑΝΟΣ, ἐπεμβατικὸς καρδιολόγος τῆς Εὐρωκλινικῆς Ἀθηνῶν, σύμβουλος τοῦ ΕΛ.Ι.ΚΑΡ.

Ἀναφέρουμε συχνὰ τὶς βλαβερὲς συνέπειες τοῦ καπνίσματος. Τὴν τελευταία δεκαετία μάλιστα γνωρίζουμε καὶ τὴ βλαπτικὴ ἐπίδραση τοῦ καπνοῦ τοῦ διπλανοῦ μας, πού μας κάνει νὰ καπνίζουμε θέλοντας καὶ μὴ, μᾶς κάνει δηλαδή παθητικούς καπνιστές.

Σὲ αὐτὸ τὸ ἄρθρο θὰ θέλαμε νὰ ἀναφερθοῦμε στὸ κάπνισμα σὲ κλειστοὺς χώρους ἀπὸ μία λίγο διαφορετικὴ σκοπιά. Θὰ θέλαμε νὰ ἀναρωτηθοῦμε: Πῶς μας φαίνεται τὸ κάπνισμα αἰσθητικά, ὡς συμπεριφορά, ὡς στάση ἀπέναντι στὸν ἄλλο; Θὰ χρησιμοποιήσουμε δυὸ παραδείγματα.

Παράδειγμα πρῶτο: Φιλικὴ σύναξη σὲ κάποιο σπίτι στὴ διάρκεια τοῦ χειμῶνα. Τὸ κρῦο ἔξω τσουκτερό, ἀλλὰ στὸ καθιστικὸ ἐπικρατεῖ ἡ θαλπωρὴ τῆς ζέσης καὶ τῆς συζήτησης. Ὅλα καλὰ ἔως ὅτου δυὸ ἀπὸ τοὺς θαμῶνες ἀρχίζουν νὰ ἀφήνουν ἀέρια πού δυσκολεύουν τὴν ἀναπνοὴ τῶν ὑπολοίπων καὶ σταδιακὰ δημιουργοῦν ἀποπνεκτικὴ ἀτμόσφαιρα στὸ κῶρο. Ἡ δραστηριότητά τους συνεχίζεται μὲ ἀμείωτὴ ἔνταση καθ' ὅλη τὴ διάρκεια τῆς βραδιάς, μὲ ἀποτέλεσμα τὰ ἀέρια νὰ κατακλύσουν τὸ κῶρο καὶ κάποια ἀπὸ τὶς κυρίες τῆς συντροφιάς νὰ νοιώθει δυσκολία στὴν ἀναπνοή.

Τὰ ἀέρια στὰ ὁποία ἀναφερόμαστε σὲ αὐτὸ τὸ φανταστικὸ παράδειγμα εἶναι ἀέρια ἀπὸ τὸν πεπτικὸ σωλήνα τῶν δυὸ συνδαιτυμόνων, ἴσως ἐπειδὴ κατανάλωσαν μεγάλες ποσότητες φασολάδας καὶ ἔχουν εὐαίσθητο παχὺ ἔντερο... Ἡ συντροφιά κατανοεῖ τὸ πρόβλημά τους καὶ τὴ δύσκολη θέση στὴν ὁποία βρίσκονται, ἀλλὰ δὲν θὰ μπορούσαν οἱ χριστιανοὶ νὰ χρησιμοποιήσουν τὴν τουαλέτα ἢ νὰ ἀεριστοῦν ἔξω στὸ μπαλκόνι καὶ νὰ μὴν ὑφίστανται ἅπαντες τὶς ἐπιπτώσεις;

Ἀντικαθιστώντας τὰ ἀέρια τοῦ πεπτικοῦ σωλήνα μὲ τὸν καπνὸ τοῦ τσιγάρου ἔχετε τὸ *δεύτερο παράδειγμα*. Ἡ ἐνόχληση τῆς συντροφιάς εἶναι ἴδια, ἂν ὄχι μεγαλύτερη καὶ ἡ κυρία πού δυσκολεύεται στὴν ἀναπνοὴ ἔχει περισσότερες πιθανότητες νὰ μὴ τὸ νομίσει μόνο, ἀλλὰ ἀντικειμενικὰ νὰ περιορίζεται ἡ ἀναπνοὴ τῆς. Ἡ κατανόηση τῆς συντροφιάς παραμένει, αὐξημένη μάλιστα ἐπειδὴ δὲν εἶναι παροδικὸ τὸ πρόβλημα τῶν φίλων, ὀφειλόμενο στὴ φασολάδα, ἀλλὰ ἀντίθετα τοὺς τυραννάει γιὰ καιρὸ καὶ μειώνει τὰ χρόνια τῆς ζωῆς τους. Ἀλλὰ δὲν θὰ μπορούσαν οἱ χριστιανοὶ νὰ καπνίσουν ἔξω στὸ μπαλκόνι καὶ νὰ μὴν ὑφίστανται ἅπαντες τὶς ἐπιπτώσεις;

Τί ἐπιτρέπεται καὶ τί δὲν ἐπιτρέπεται νὰ κάνουμε στὸ σαλόνι μας, ἢ μάλλον στὸ σαλόνι τοῦ ἄλλου; Μᾶς ἔρχεται στὸ μυαλὸ μία εὐφύεστατη σκηνὴ ἀπὸ τὴν ταινία «Τὸ φάντασμα τῆς Ἐλευθερίας» τοῦ ἀγαπημένου ἰσπανοῦ σκηνοθέτη Λουὶς Μπουγιουέλ. Ἡ σχέση τοῦ σύγχρο-



νου ἀνθρώπου μὲ δυὸ βασικὲς ἐκδηλώσεις τῆς ὑπαρξῆς του, τὴν τροφὴ καὶ τὴν ἀφόδευση ἀνατρέπεται, μέσω τῆς ἀντιστροφῆς στοὺς χώρους καθημερινῆς δραστηριότητας στοὺς ὁποίους διαδραματίζονται. Ἡ ἀφόδευση δὲν προκαλεῖ ἀμηνχανία, μὲ ἀποτέλεσμα ἡ συντροφιά νὰ συνθροίζεται γύρω ἀπὸ τὸ τραπέζι μὲ τὶς προσωπικὲς λέκάνες καὶ τὸ καρτὶ ὑγείας, ἐνῶ συζητᾶ τὰ τελευταία νέα. Κάποια στιγμὴ ἓνας ἀπὸ τοὺς συνδαιτυμόνες ἔχει ἀνάγκη νὰ φάει καί, μὲ χαμηλὴ φωνὴ ρωτᾶ τὸ σπιτονοικοκύρη πού βρίσκεται ἢ...τουαλέτα. Ἡ τροφὴ δὲν ἀποτελεῖ ἀποδεκτὴ δραστηριότητα καὶ περιορίζεται σὲ κλειστὸ κῶρο, κατάλληλα διαμορφωμένο γιὰ νὰ φάει κάποιος κατὰ μόνας, μὲ κλειδωμένες πόρτες.

Ἡ ἀναφορά στὴν παραπάνω κινηματογραφικὴ σκηνὴ, μὲ τὴν ὑπερρεαλιστικὴ σμειολογία τῆς, βοηθᾶ στὴ συνειδητοποίηση τῆς σχετικότητας τῆς ἐκάστοτε ἀποδεκτῆς συμπεριφοράς, κάτι πού, ἐπίσης, τὸ ἀντιλαμβανόμαστε ἂν κάνουμε "περιήγηση" σὲ διαφορετικὲς κουλτούρες καὶ διαφορετικὲς χρονικὲς περιόδους. Δυστυχῶς τὸ τσιγάρο τὸ ἔχουμε βάλει στὰ σαλόνια μας, τὸ θεωροῦμε κοινωνικὰ ἀποδεκτὴ δραστηριότητα, ἐνῶ εἶναι τουλάχιστον τὸ ἴδιο ἐνοχλητικὴ μὲ τὰ ἀέρια τοῦ πρώτου παραδείγματος. Νομίζουμε καὶ ἰδιαίτερα ἀντιαισθητικὴ.

Ἐπείγει νὰ ἀναθεωρήσουμε τὴν ἀξιολόγηση τῶν δραστηριοτήτων πού ἀποδεχόμαστε μέσα στὰ σπίτια μας. Ἀφοῦ εἶναι ἀναπόφευκτος ὁ περιορισμὸς τῆς ἐλευθερίας μας στὰ σαλόνια τῶν φίλων, ἄς ἐπιλέξουμε οἱ περιορισμοὶ αὐτοὶ νὰ εἶναι οὐσιαστικοί.

Τὸ κάπνισμα σὲ δημόσιους χώρους.

Ὁ τρόπος πού ζοῦμε στὰ σπίτια μας καθορίζεται ἀπὸ ἐμᾶς τοὺς ἴδιους, ἐνῶ ἡ συμπεριφορά μας σὲ χώρους κοινῆς χρήσεως εἶναι καθρέφτης τῆς κουλτούρας μας. Πρὶν λίγους μῆνες βρεθίκαμε σὲ μία ἀπὸ τὶς θεατρικὲς σκηνὲς τῆς Ἀθήνας καὶ ἡ κατάσταση πού ἀντιμετώπισαμε ἔμοιαζε τριτοκοσμικὴ. Ὁ μικρὸς κῶρος πού ὑποδέχεται τοὺς θεατῆς πρὶν τὴν παράσταση καλυπτόταν ἀπὸ ἓνα νέφος καπνοῦ, μὲ ἀποτέλεσμα ἄρκετοὶ ἀπὸ τοὺς θαμῶνες νὰ περιμένουν ἔξω, γιὰ νὰ ἀποφύγουν τὴν κάπνα. Μερικοὶ μάλιστα πηγαινοέρχονταν μέσα-ἔξω γιὰ νὰ

μην εκτίθενται για πολύ στο τσουχτερό κρύο (ήταν μία από τις πολύ κρύες νύχτες του περασμένου Φεβρουαρίου). Μας έκανε εντύπωση το γεγονός ότι μαζί μας, εκτός αιθούσης, βρισκόταν και ένας θεατής που κάπνιζε. Όταν τον ρωτήσαμε πώς κι έτσι, άπαντες απολύτως σοβαρά: «Έχει άφρορη κάπνα εκεί μέσα!»

Πριν ένα χρόνο ήταν αδύνατο να πιστέψει κάποιος ότι θα απαγορευόταν το κάπνισμα στις ιρλανδέζικες «pub». Όταν η ιρλανδική βουλή ήψήφισε νόμο που απαγόρευε το κάπνισμα σε κλειστούς δημόσιους χώρους, αυτό δεν θεωρήθηκε δύσκολη υπόθεση για τα αεροδρόμια ή τα εστιατόρια, αλλά όλοι άναρωτήθηκαν τί θα γινότανε στις «pub». Οι πληροφορίες μας λένε πώς γίνεται, ότι ακριβώς και πριν, με εξαίρεση το κάπνισμα.

Η προσωπική μας εμπειρία από εστιατόριο στη γειτονική Ίταλία, όπου πρόσφατα επίσης απαγορεύτηκε το κάπνισμα σε δημόσιους χώρους, ήταν ιδιαίτερα θετική. Επιτέλους άναπνεύσαμε ελεύθερα και μπορούσαμε να απολαύσουμε το φαγητό και το ποτό μας χωρίς κάπνα. Δεν υπήρχε ιδιαίτερη γκρίνια από τη μεριά των καπνιστών και ελάχιστους είδαμε να χρησιμοποιούν τους ιδιαίτερα διαμορφωμένους ανοικτούς χώρους, όπου μπορούν να καπνίσουν.

Το παράδειγμα της ιρλανδικής «pub» και του ιταλικού εστιατορίου καταγράφει την ευρωπαϊκή εμπειρία στην προσπάθεια δημοσύνης δημόσιου χώρου ελεύθερου από το κάπνισμα. Υπάρχει βέβαια και το αντίστοιχο της βορειοαμερικανικής κοινωνίας, η οποία έχει δαιμονοποιήσει το κάπνισμα, με αποτέλεσμα σε πολλές πολιτείες αυτό να απαγορεύεται και σε ανοικτούς χώρους! Κατά τη γνώμη μας θα ήταν ιδιαίτερα άνησυχητικό και επικίνδυνο φαινόμενο, αν οι προσπάθειες διαμόρφωσης χώρων ελεύθερων από καπνό εκτροχιάζονταν προς μία κατεύθυνση διωγμού ή «τιμωρίας» των καπνιστών.

Στην χώρα μας έχουμε άρκετο δρόμο να διανύσουμε για να περάσουμε από το σημερινό τριτοκοσμικό πλαίσιο, σε ένα νέο που θα σέβεται το δικαίωμα ελεύθερης επιλογής όλων. Η ευρωπαϊκή εμπειρία βοηθά στην άνευρεση λύσεων που προσιδιάζουν στην ελληνική κουλτούρα και των οποίων ο κεντρικός άξονας είναι ότι το κάπνισμα, παρά τις βλαβερές του συνέπειες, αποτελεί ελεύθερη προσωπική επιλογή, - φτάνει να μην επιβληθεί σε όσους έχουν κάνει διαφορετικές επιλογές. Για να ζούμε άπαντες, καπνιστές και μή, σε χώρους ανθρώπινους. 🍀

έπεισοδιών λόγω αρτηριακής υπέρτασης. Έχουμε ακόμη πολλούς με δυσλιπιδαιμία και πάρα πολλούς που πάσχουν από αρθροπάθειες. Επίσης, υπάρχουν περιστατικά με σακχαρώδη διαβήτη. Η δυσλιπιδαιμία οφείλεται μάλλον στις παραδοσιακές διατροφικές συνήθειες των κατοίκων, οι οποίοι έκαναν και κάνουν μεγάλη κατανάλωση κρέατος, χοιρινού, πρόβειου και βοδινού. Παλαιότερα, όλοι σχεδόν, κατανάλωναν χοιρινό το οποίο συντηρούσαν υπό μορφή «παστού» λουκάνικου όλο το χρόνο, διότι δεν μπορούσαν να έχουν καθημερινά κρέας. Αυτό συνεχίζεται και σήμερα μόνον που το προϊόν πωλείται πλέον στα κρεπωλεία και εξακολουθεί να παρατηρείται μεγάλη κατανάλωση. Επίσης, γίνεται κατάχρηση στην κατανάλωση ντόπιου ελαιολάδου. Η δε ανταπόκριση των κατοίκων στις ιατρικές συστάσεις να αποφεύγουν τα λιπαρά είναι μικρή. Επίσης, η ανταπόκριση των υπέρτασικών στις συστάσεις μας προς αποφυγή κατανάλωσης άλατος, λήψη αντιυπερτασικών χαπιών και τακτική παρακολούθηση της αρτηριακής πίεσης δεν είναι διόλου ίκανοποιητική. Είναι άκατανόητο το γεγονός ότι έτσι κάνουν τη ζωή τους από έγκεφαλικά επεισόδια πάρα πολλοί, επειδή δεν έννοουν να λαμβάνουν έσοτ και ένα χάπι την ημέρα για τη ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης. Για τις αρθραλγίες χορηγούνται αντιρρευματικά και αντιφλεγμονώδη φάρμακα, υπάρχει ανακούφιση από τα συμπτώματα, κύριο των οποίων είναι ο πόνος, αλλά θεραπεία οριστική δεν υπάρχει.

Το κάπνισμα και έδω βρίσκεται στην πρώτη γραμμή. Εκτός από τις ατομικές συστάσεις για αποφυγή του, γίνονται όμιλίες στα σχολεία για τις βλαβερές συνέπειές του, αλλά το αποτέλεσμα είναι μηδαμινό.

Ευτυχές είναι το γεγονός ότι ιδρύθηκε Κέντρο Ύγείας στη Μάνη. Όμως, παρότι όλοι συμφωνούν ότι έχει μεγάλη σημασία η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, δεν είναι ανάλογη η υποστήριξη που θα έπρεπε να υπάρχει. Λείπουν γιατροί ειδικοτήτων στο Κέντρο Ύγείας, π.χ. παιδίατροι, καρδιολόγοι κ.λπ. αλλά και τα μέσα, τα επισημονικά όργανα, το εξειδικευμένο, αλλά και βοηθητικό προσωπικό που θα παρείχε περισσότερες και πληρέστερες υπηρεσίες υγείας στους κατοίκους της υπαίθρου.

Η υγεία, λέμε όλοι, είναι το πολυτιμότερο αγαθό και, επομένως, ο πρωταρχικός στόχος όλων μας θα πρέπει να είναι η φροντίδα, η προστασία και η εξασφάλισή της για όλους. 🍀

ΙΔΙΟΚΤΗΤΗΣ: Έλληνικό Ίδρυμα Καρδιολογίας
 Β. Σοφίας 133 - Τ. Κ. 115 21 - Τηλ.: (210) 6401477, 6450118, 6460522 - Fax: (210) 6401478
 E-mail=elikar@aias.gr http://www.elikar.gr

ΕΚΔΟΤΗΣ: Π. Τούτουζας
 ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ: Δ. Σταμάτης
 ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΥΛΗΣ: Ντίκη Μακαρίου
 ΣΥΜΒΟΥΛΟΣ ΥΛΗΣ: Βασίλειος Σπανός
 ΥΠΕΥΘ. ΤΥΠΟΓΡΑΦΕΙΟΥ: Alta Grafico AE - Τηλ.: (210) 2314359, 2318113 - Fax: (210) 2317705
 ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ: Γ. Γκουμάς, Σπ. Καρράς, Π. Κόκκινος, Ζ. Κυριακίδης, Ε. Παπαστεριάδης,
 Ἄθ. Πιπλῆς, Δ. Ρίχτερ, Β. Σπανός, Δ. Χατοέρας,
 ΣΚΙΤΣΑ: Γαβριήλ Ψαρράς, καρδιολόγος
 ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ: Ἄ. Δαρμάρα, Μ. Δημακοπούλου, Γ. Καλλιούπη, Μ. Τούτουζα
 Ἐπιτρέπεται ἡ μερική ἢ ὀλική ἀναδημοσίευση ἀρθρῶν τοῦ περιοδικοῦ ἀρκεῖ να ἀναφέρεται ἡ πηγή τους.

Κέντρο 'Υγείας 'Αρεόπολης

ΠΕΤΡΟΣ ΠΕΤΡΟΠΟΥΛΕΑΣ,

διευθυντής Κέντρου 'Υγείας 'Αρεόπολης

Στο νοτιοδυτικό άκρο του νομού Λακωνίας βρίσκεται η περιοχή που ονομάζεται Μάνη. 'Η Μάνη εκτείνεται δυτικά από τον οικισμό Χοτάσια του χωριού Οϊτύλου και νότια μέχρι το ακρωτήριο Ταίναρο. 'Ανατολικά δέ από το χωριό Πύργικος μέχρι επίσης το Ταίναρο. 'Υπάρχει και η Μεσσηνιακή Μάνη που όρίζεται από το δήμο Λεούκτρου και εκτείνεται από το χωριό "Άγιος Νίκων μέχρι την Καρδαμύλη.

Μεγάλη η ιστορία της Μάνης που είναι γνωστή κυρίως για τη συμβολή της στους απελευθερωτικούς αγώνες του "Έθνους.

"Ορεινό το έδαφος και σκληρό το τοπίο της Μάνης, άγρονο και άνυδρο χωρίς εύφορες κοιλάδες. Λίγο λάδι και η οικογενειακή κτηνοτροφία, παρέχουν το κυρίως εισόδημα. 'Επομένως, φτωχοί οι κάτοικοί της. Τα παλαιότερα χρόνια για να εξοικονομήσουν το ψωμί τους, οι κάτοικοι της περιοχής έσπερναν σιτάρι ακόμα και στο λιγιστό χώμα που υπήρχε στις πέτρες από τις οποίες είναι γεμάτη η Μάνη. "Ομως οι Μανιάτες είναι περήφανοι, φιλόξενοι και παρέχουν σεβασμό στους άλλους, για τον οποίο απαιτούν ανταπόδοση. 'Αξιοπρεπείς, δεν ανέχονται και δεν ανέχονται προσβολές. "Έφθαναν στα «άκρα» όταν έθιγγο ή προσωπικότητά τους και το κρατούσαν «μανιάτικο» για κάθε προσβολή, εκδικούμενοι γι' αυτό άκομη και μετά την παρέλευση έτων.

"Ο πρώην Πρόεδρος της Δημοκρατίας, κ. Στεφανόπουλος, είχε πει σε μία επίσκεψή του στη Μάνη: «Νά είστε Μανιάτες, αλλά να μην το κρατάτε «μανιάτικο»». "Ομως αυτό είναι αντιφατικό και όξύμωρο. Παρ' όλα αυτά, δεν έχει κακία ο Μανιάτης. Πιθανόν ο άγονος τόπος και η απομόνωσή του από τον υπόλοιπο κόσμο, διότι δεν υπήρχαν αυτοκινητόδρομοι, αλλά και ο μέγας αγώνας για την επιβίωση τον έκαναν φαινομενικά σκληρό και άπρόσιτο. Διατηρεί και σήμερα τον καλώς έννοούμενο έγωισμό του, αλλά η γενικότερη εξέλιξη, πρόοδος και αλλαγή της χώρας προς το καλύτερο έχει επιδράσει ευνοϊκά και στη Μάνη. Και τούτο διότι ήρθε σε επαφή με άλλους ανθρώπους και απέδεχθη τη νέα κατάσταση. "Έτσι έχει άμβλυνηθεί σε μεγάλο βαθμό η άκραία αντίδραση του παρελθόντος με τα κακά άποτελέσματα.

Στη Μάνη υπάρχουν δυο δήμοι. "Ο δήμος της ανατολικής Μάνης με έδρα τον Κότρωνα και ο δήμος Οϊτύλου με έδρα την 'Αρεόπολη. "Ο μόνιμος πληθυσμός των δυο δήμων ανέρχεται σε 7.500 κατοίκους. Αυτός ο πληθυσμός τους θερινούς μήνες πολλαπλασιάζεται.

Παροχή υπηρεσιών υγείας στη Μάνη γίνεται άποκλειστικά από το Κέντρο 'Υγείας 'Αρεόπολης, του οποίου είμαι διευθυντής από το 1990.

Το Κέντρο 'Υγείας ιδρύθηκε το 1986. Το ιατρικό προσωπικό του άποτελείται από δυο ιατρούς ειδικότητας γενικής ιατρικής και έννεα θέσεις ιατρών υπόχρεων ύπη-



ρεσίας ύπαίθρου, εκ των οποίων οι τέσσερις στο Κέντρο 'Υγείας και οι πέντε στα Περιφερειακά 'Ιατρεία στα χωριά Οϊτύλο, Πύργος Διρού,, Γερολιμένας, Κοκκάλα και Κότρωνας. "Όλοι οι γιατροί άποτελούν μία ομάδα, δρουν σε συνεργασία και καλύπτουν τις έφημερίες στο Κέντρο 'Υγείας, το όποιο παραμένει σε λειτουργία καθ' όλο το 24ωρο και καθ' όλο το έτος. 'Υπάρχουν δυο άσθενοφόρα. Στο Κέντρο 'Υγείας ύπηρετούν επίσης τέσσερις οδηγοί άσθενοφόρου, δυο ύπάλληλοι (θυρωροί-κλιητές), τρεις νοσοκόμες, δυο καθαρίστριες, ένας συντηρητής και ένας διοικητικός ύπάλληλος.

Λειτουργεί, επίσης, άκτινολογικό εργαστήριο με εμφανίστρια-χειρίστρια και βιοχημικό εργαστήριο με παρασκευάστρια. Δέ λειτουργεί το ύπάρχον πλήρως εξοπλισμένο όδοντιατρείο έδω και 12 χρόνια, λόγω άποχώρησης του ύπηρετούντος όδοντιάτρου για λόγους υγείας και, δυστυχώς, παρ' τις έγγραφες αίτήσεις μας για προκήρυξη της θέσης, αυτό ακόμα δεν έπετεύχθη. Τώρα, με τις ένέργειες του νέου διευθυντή του Γενικού Νοσοκομείου Σπάρτης, κ. Βιρβίλη, έχουμε την πληροφορηση ότι το θέμα έχει προωθηθεί μέχρι το ύπουργείο και θα προκηρυχθεί η θέση. Το έλπίζουμε.

'Υπάρχει λύκειο-γυμνάσιο και πέντε δημοτικά σχολεία, ως και νηπιαγωγείο και παιδικός σταθμός, με περίπου 500 παιδιά. Τα παιδιά πάσχουν από τερηδόνα σε μεγάλο ποσοστό, αλλά όγω του χαμηλού εισοδήματος των κατοίκων, είναι δύσκολη η επίσκεψη σε ιδιωτικούς όδοντογιατρούς. 'Είναι, λοιπόν, αναγκαία η πλήρωση της θέσης του όδοντιάτρου στο Κέντρο 'Υγείας. Κάθε χρόνο όλα τα παιδιά εξετάζονται στο Κέντρο 'Υγείας και έμβολιάζονται τα παιδιά της Α' τάξης δημοτικού σχολείου με BCG.

"Όλες οι παθήσεις άπαντώνται στη Μάνη. "Ομως συχνότερα εκδηλώνονται η στεφανιαία νόσος, εμφράγματα του μυοκαρδίου και όξεία πνευμονικά οϊδήματα. 'Επίσης, υπάρχουν περιστατικά άγγειακών έγκεφαλικών

ΕΜΕΙΣ ... ΚΑΙ ΕΣΕΙΣ

“Δεν καπνίζω, επενδύω στο μέλλον της καρδιάς μου”



ΚΟΙΝΩΦΕΛΕΣ ΙΔΡΥΜΑ

ΠΡΟΕΔΡΟΣ: Μητροπολίτης Ίερώνυμος
ΕΠΙΤΙΜΟΙ ΠΡΟΕΔΡΟΙ:
Λουκάς Χατζηωάννου, Ιάκωβος Τσουνής
ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ: Παύλος Τούτουζας
ΓΡΑΜΜΑΤΕΥΣ: Σταύρος Ψυχάρης
ΤΑΜΙΑΣ: Μπέττυ Γιατράκου
ΜΕΛΗ: Εύτ. Βορίδης, Β. Βοττάς
Άλκ. Δήμα, Γ. Κασμάτης, Β. Κόκκινος,
Γ. Παπαζαχαρίου, Χρ. Στεφανάδης
ΕΙΔΙΚΟΙ ΣΥΜΒΟΥΛΟΙ:
Αναστάσιος Βούτσας
Γεώργιος Κοντογεώργης
Ευάγγελος Παπαστεριάδης
Νικόλαος Χούλης



Έπιτροπή Φίλων του ΕΛΛ.ΚΑΡ.

ΠΡΟΕΔΡΟΣ: Α. Παπακωνσταντίνου
ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ: Ν. Συμβουλίδου
ΓΡΑΜΜΑΤΕΥΣ: Ν. Στενού
ΤΑΜΙΑΣ: Δ. Λεμπέση
ΜΕΛΗ: Γ. Βαϊνά, Α. Μιχαήλ, Ζ. Θεμελή
ΑΝ. ΜΕΛΗ: Γ. Βαφάκης, Έ. Τούτουζα
ΕΠΙΤΙΜΑ ΜΕΛΗ: Χ. Άλευρά, Ι. Γρόλλιου,
Λ. Έβερτ, Ζ. Κυθωνιάτη, Ε. Μαύρου

στο τμήμα της καρδιαγγειακής νόσου. Η περιφερική αγγειοπάθεια συνιστά από τη μία στόχο επεμβατικής αντιμετώπισης με αγγειοπλαστική, από την άλλη ίκανό δείκτη για να προβλέψουμε προβλήματα και νόσους των στεφανιαίων αρτηριών.

Στο τραπέζι που οργανώθηκε για την άθροισκλήρωση είχαμε δεδομένα για τις προγνωστικές και θεραπευτικές συνέπειες της φλεγμονής στη στεφανιαία νόσο. Τα τελευταία χρόνια γίνεται σημαντική και συστηματική έρευνα στον τομέα αυτό και έχουμε αρκετά δεδομένα για να μπορούμε να ελέγχουμε τη χρόνια και υποκλινική φλεγμονή των στεφανιαίων αγγείων που οδηγεί σε ταχεία αθηρωμάτωση. Ακόμη, αναφέρθηκε η συσχέτιση των φαρμάκων για τη στυτική δυσλειτουργία με το καρδιαγγειακό σύστημα. Καθώς η αθηρωματική νόσος πλήττει πέραν από το αγγειακό μας σύστημα και τη στυτική ικανότητα υπάρχει συνεχώς αυξανόμενο ενδιαφέρον για τα φάρμακα αυτά, τις ενδείξεις και παρενέργειες που έχουν στο καρδιαγγειακό σύστημα. Η σημασία της ήπιας κατανάλωσης αλκοόλ τονίστηκε επίσης και αναφέρθηκαν τα τελευταία δεδομένα σχετικά με την ιδιαίτερα ευεργετική επίδραση που αυτό ασκεί στο καρδιαγγειακό μας σύστημα.

Οι όμιλητές αναφέρθηκαν και στα νεότερα δεδομένα καρδιοχειρουργικής αντιμετώπισης των ασθενών με σύνδρομο άποφρακτικής ύπνικης άπνοιας καθώς και στις νεώτερες τεχνικές βαλβιδοπλαστικής της μιτροειδούς βαλ-

20^ο διεθνές συνέδριο κλινικής καρδιολογίας. Κάραβελ, 5-7 Μαΐου 2005

ΔΗΜΗΤΡΗΣ ΡΙΧΤΕΡ

διευθυντής Β' καρδιολογικής κλινικής Εύρωκλινικής Αθηνών

Πραγματοποιήθηκε και φέτος με μεγάλη επιτυχία το 20ο Διεθνές Συνέδριο Κλινικής Καρδιολογίας, ένα συνέδριο που αποτελεί πλέον θεσμό για τη χώρα αφού πάνω από μία γενιά καρδιολόγων έχει μεγαλώσει παρακολουθώντας το συστηματικά και ενημερωνόμενα, από διακεκριμένους Έλληνες και ξένους ομιλητές για όλες τις επιστημονικές εξελίξεις στο χώρο της καρδιολογίας.

Στο φετινό συνέδριο αναλύθηκαν θέματα με ιδιαίτερα μεγάλο ενδιαφέρον. Όσον αφορά στους παράγοντες κινδύνου εκδήλωσης στεφανιαίας νόσου οι όμιλητές αναφέρθηκαν στη σημασία της αρτηριακής υπέρτασης ως φλεγμονώδους νόσου συσχετίζοντας την με τη βλάβη των οργάνων-στόχων και στη σημασία του μεταβολικού συνδρόμου, το οποίο αποτελεί τη μάλιστα της εποχής μας. Τα τελευταία δεδομένα για τη διάγνωση και θεραπεία αυτού του συνδρόμου αλλάζουν αφού φέτος οι διεθνείς καρδιολογικές εταιρείες μείωσαν τα όρια του σακχάρου και πλέον οι τιμές πάνω από 100 mg/dl θεωρούνται παθολογικές. Το ίδιο συμβαίνει και όσον αφορά στα όρια για την περιφέρεια μέσης αφού τα 102 έκ. για τους άντρες “πέσανε” στα 94 έκ. Ακόμη, συζητήθηκε η αξία της αναίμακτη στεφανιογραφίας με άξονική τομογραφία στους διαβητικούς ασθενείς, καθώς και η κλινική σημασία της αυξημένης αρτηριακής πίεσης κατά τη διάρκεια της δοκιμασίας κοπώσεως.

Υπήρξε ένα στοργαλό τραπέζι για την περιφερική αγγειοπάθεια, δηλαδή τη νόσο των καρωτιδίων και των αρτηριών των κάτω άκρων. Σ' αυτή τη νόσο επικεντρώνουν όλο και περισσότερο το ενδιαφέρον τους οι καρδιολόγοι καθώς αυτό το πρόβλημα αποτελεί ένα σημαντικό και αναπόσπαστο κομμάτι της αντιμετώπισης της στεφανιαίας νόσου.





βίδιας που μπορούν να εφαρμοστούν σε πάρα πολλούς ασθενείς με ανεπάρκεια της μιτροειδούς καθώς και στα όφελή αυτής της μεθόδου έναντι εκείνης της αντικατάστασης της μιτροειδούς με μεταλλική βαλβίδα.

Όσον αφορά στην επεμβατική καρδιολογία αναπτύχθηκαν ιδιαίτερα τα τελευταία δεδομένα σχετικά με τα νεότερα στέντιν τα οποία μειώνουν σημαντικά τον κίνδυνο επαναστένωσης καθώς

και την ιδιαίτερα σημαντική άξια της επεμβατικής αντιμετώπισης των όξινων στεφανιαίων συνδρόμων άμεσα και όσο το δυνατόν ταχύτερα. Έγινε ακόμη, αναφορά στην άξια και στη σημαντική πρόοδο της φαρμακευτικής αγωγής σε περιστατικά στεφανιαίας νόσου, αγωγή ή οποία έχει βοηθήσει σημαντικά στη μείωση, μακροπρόθεσμα, της θνησιμότητας και στην επιβράδυνση της εξέλιξης της αθηρωματικής νόσου.

Το ζήτημα της θρόμβωσης ήταν ένα άλλο σημαντικό θέμα που αναλύθηκε, με έμφαση στα νεότερα δεδομένα και στα αντιθρομβωτικά φάρμακα, χρήσιμα τόσο στην αντιμετώπιση της χρόνιας κολπικής μαρμαρυγής όσο και στα όξια στεφανιαία σύνδρομα.

Ένα άλλο σημαντικό θέμα ήταν οι ενήλικες με χειρουργηθείσες συγγενείς καρδιοπάθειες και τα δυναμικά προβλήματα που παρουσιάζει η αντιμετώπισή τους. Όσο εξελίσσονται

οι παιδοκαρδιοχειρουργικές τεχνικές και διορθώνονται καλύτερα και αποτελεσματικότερα οι συγγενείς καρδιοπάθειες στην παιδική ή εφηβική ηλικία τόσο δημιουργείται μία ομάδα ασθενών ή οποία θα ζήσει για μεγάλο διάστημα και με καλή ποιότητα ζωής και οι εξελίξεις στον τομέα αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικές.

Δεν θα μπορούσε βέβαια να λείπει από το συνέδριο ή αναφορά σε ένα ιδιαίτερα σημαντικό πρόβλημα της καρδιολογίας σήμερα, την καρδιακή ανεπάρκεια. Βελτιώνοντας την θνησιμότητα της στεφανιαίας νόσου και αυξάνοντας την επιβίωση δημιουργούνται ολόένα και περισσότεροι ασθενείς οι οποίοι θα αναπτύξουν καρδιακή ανεπάρκεια ή οποία έχει σημαντικό κόστος, τόσο για την ποιότητα ζωής του ασθενούς όσο και για το κοινωνικό κράτος καθώς οι θεραπείες για τη νόσο αυτή έχουν ιδιαίτερα αυξημένο κόστος.

Υπήρξαν ακόμη τρία, ιδιαίτερα ενδιαφέροντα δορυφορικά συμπόσια. Το ένα αφορούσε στην άξια προσθήκης φυτικών στερολών στη διατροφή μας και τη σημασία από τη μείωση της χοληστερόλης που επιτυγχάνουν. Το δεύτερο, τα νεότερα, ιδιαίτερα αποτελεσματικά, αντιυπερτασικά φάρμακα με το πολύ χαμηλό ποσοστό παρενεργειών όπως ή ολμεσαρτάνη. Και το τρίτο στην άξια της έντονης υπολιπιδαιμικής αγωγής με atorβαστατίνη 80 mg που υπερτερεί της ήπιος υπολιπιδαιμικής αγωγής και μειώνει ακόμη περισσότερο την εμφάνιση όξινων στεφανιαίων συνδρόμων.

Το συνέδριο έκλεισε με την όμιλία του καθηγητή κ. Γιακούμπ σχετικά με το μέλλον των καρδιαγγειακών επισημών.

Ήταν ένα ιδιαίτερα ενδιαφέρον επιστημονικό τριήμερο που άφησε τους 1200 καρδιολόγους, από όλη την Ελλάδα, που το παρακολούθησαν ιδιαίτερα ικανοποιημένους. ♡



ΥΠΕΡ ΤΩΝ ΣΚΟΠΩΝ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΤΕΘΕΣΑΝ

- > Ό κ. Παρμενίων Τζίφρας, το ποσό των € 50
- > Ό κ. Μάρκος Θεοδωράκης, το ποσό των € 300
- > Ό Άκαδημαϊκός κ. Κωνσταντίνος Γρόλλιος, το ποσό των € 500
- > Ό κ. Άνδρέας και ή κ. Φίλη Ριζιώτη, το ποσό των € 60
- > Ό κ. Γεώργιος Καλατζόπουλος, το ποσό των € 100
- > Ό κ. Δημήτριος Χαλικιάς, το ποσό των € 200
- > Ό κ. Πάνος Καραγιάννης, το ποσό των € 200
- > Ό κ. Έφη Δοντά, το ποσό των € 300
- > Ό κ. Ζανέτ Κυδωνιάτη, το ποσό των € 50

ΥΠΕΡ ΤΩΝ ΣΚΟΠΩΝ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΙΔΡΥΜΑΤΟΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΤΕΘΕΣΑΝ ΕΙΣ ΜΝΗΜΗΝ

- > Τοῦ συζύγου της, ή κ. Άλίκη Παναγιώτου, το ποσό των € 200
- > Γεωργίου Παπαδημητρίου, ή κ. Λίλη και ό κ. Άπόστολος Γεωργόπουλος, το ποσό των € 150
- > Τοῦ πατέρα της και τοῦ ἀδερφοῦ της, ή κ. Αἰμιλία Άθασασάκου, το ποσό των € 100.
- > Πολυτίμης Ρίτσου, ό κ. Γεώργιος Στεφανουδάκης, το ποσό των € 300
- > Γεωργίου Παπαδημητρίου, ή κ. Τότα Χατζή, το ποσό των € 150
- > Φωτεινῆς Καραγιάννη, ό κ. Μελέτης Παπακωνσταντίνου, το ποσό των € 100
- > Άνδρέα Έρμογένους, ή κ. Κατερίνα Πανταζοπούλου, το ποσό των € 50
- > Άνδρέα Έρμογένους, ή κ. Σμαραγδή Κανδαλέπτα, το ποσό των € 50
- > Άνδρέα Έρμογένους, ό κ. Πότης και ή κ. Κική Καρβέλα, το ποσό των € 50
- > Νικολάου Χρύση, ή κ. Κική Κοτσώνη, το ποσό των € 60
- > Σπυρίδωνα Ν. Παπακόστα, ή κ. Άντιγόνη Παπακόστα, το ποσό των € 100
- > Γεωργίου Γκιόκα, ή κ. Εἰρήνη Γκιόκα, το ποσό των € 150

Παθητικό κάπνισμα... Άς προστατέψουμε τὰ παιδιά μας.

ΓΑΛΗΝΗ ΦΟΥΡΑ, δημοσιογράφος

Ἐκτός ἀπὸ τὴν ἑρώτηση πὺ ἀπὸ ἔρευνες πὺ ἔχουν γίνεῖ στὴν Ἑλλάδα γιὰ τὸ κάπνισμα στὴν παιδικὴ ὡς ἐφηβικὴ ἡλικία φαίνεται ὅτι ἡ συχνότητά του εἶναι ὑψηλὴ. Τὰ παιδιά πὺ μεγαλώνουν κοντὰ σὲ γονεῖς πὺ καπνίζουν, ἔχουν μεγαλύτερη πιθανότητα νὰ ξεκινήσουν τὴ βλαβερὴ αὐτὴ συνήθεια στὴν ἐφηβεία. Τὰ ἀγόρια ἀρχίζουν τὸ κάπνισμα ἀπὸ τὰ ἔντεκα καὶ τὰ κορίτσια ἀπὸ τὰ δεκατρία, ἐνῶ δυὸ στοὺς δέκα μαθητὲς γυμνασίου καὶ λυκείου δηλώνουν ὅτι καπνίζουν συστηματικὰ.

Πρόσφατες ἐπιδημιολογικὲς μελέτες σὲ ὁμάδες παιδιῶν στὴν Ἰταλὴ, πὺ πραγματοποιήθηκαν μὲ εἰδικὰ ἐρωτηματολόγια, ἔδειξαν ὅτι τὸ 60% ὡς καὶ τὸ 78% τῶν μαθητῶν μεγαλώνουν σὲ σπῖτα στὰ ὁποῖα τουλάχιστον ἓνας γονεὺς καπνίζει.

Τὰ παιδιά αὐτὰ, σύμφωνα μὲ ἐκτιμήσεις πὺ δημοσιεύθηκαν στὸ δελτίο τῆς Α΄ Παιδιατρικῆς κλινικῆς τοῦ Πανεπιστημίου Ἀθηνῶν, θὰ βρεθοῦν σὲ μεγάλο κίνδυνο νὰ παρουσιάσουν αὐξημένη νοσηρότητα ἀπὸ τὶς παθήσεις πὺ σχετίζονται μὲ τὸν καπνὸ τοῦ τσιγάρου. Τὸ πρόβλημα εἶναι ὅτι τὰ παιδιά ἐκτίθενται περισσότερο χρόνο στὸν καπνὸ καὶ εἶναι πῶς εὐαίσθητα.

Οἱ γονεῖς πρέπει νὰ γνωρίζουν ὅτι τὸ παθητικὸ κάπνισμα αὐξάνει τὴν συχνότητα τῶν λοιμώξεων τοῦ ἀνώτερου ἀναπνευστικοῦ συστήματος. Τὰ παιδιά πὺ ἐκτίθενται σὲ παθητικὸ κάπνισμα ἔχουν τρεῖς ἕως πέντε φορὲς μεγαλύτερη νοσηρότητα ἀπὸ τὸ ἀναπνευστικὸ σύστημα ἐναντι τῶν συνομηλίκων τους. Κάθε πέντε τσιγάρα πὺ καπνίζει ἡ μητέρα αὐξάνουν τὴν συχνότητα τῶν λοιμώξεων τοῦ ἀναπνευστικοῦ στὸ παιδί τῆς κατὰ 2,5%-3,5%, μῖα ἐπίπτωση πὺ εἶναι συχνότερη στὰ δυὸ πρῶτα χρόνια τῆς ζωῆς. Εἶναι ἐνδεικτικὸ ὅτι τὰ βρέφη καπνιστῶν γονέων, ἔχουν τετραπλάσια πιθανότητα νὰ ἐμφανίσουν βρογχίτιδα.

Ἰδιαίτερα σημαντικὸς εἶναι ὁ ρόλος τοῦ παθητικοῦ κάπνισματος σὲ ἐπίμονα συμπτώματα τοῦ ἀναπνευστικοῦ συστήματος ὅπως εἶναι ὁ βήχας, ἡ συρίττουσα ἀναπνοὴ καὶ κυρίως τὸ ἄσθμα. Ἐναντίρρητα τὸ κάπνισμα ἀποτελεῖ ἐκλυτικὸ αἶθμα, παράγοντα διατήρησης καὶ ἐπιδείνωσης τοῦ ἄσθματος. Οἱ παιδίατροι προειδοποιοῦν ὅτι εἶναι ἐπιβεβλημένο οἱ γονεῖς τῶν παιδιῶν μὲ ἄσθμα νὰ συνειδητοποιήσουν τὶς συνέπειες καὶ νὰ μεταβάλουν τὶς καπνιστικὲς τὶς συνήθειες.

Πολὺ περισσότερο ἐπεὶ τὸ παθητικὸ κάπνισμα συνδέεται μὲ αὐξημένη συχνότητα ἐκδήλωσης βακτηριακῆς μνηνγγίτιδας στὰ παιδιά, ἀλλὰ καὶ μὲ τὴν χρόνια ἀποφρακτικὴ νόσο τῶν πνευμόνων, τὸν καρκίνου τῶν βρόγχων καὶ τῶν πνευμόνων καὶ τὴν ἰσχαιμικὴ καρδιακὴ νόσο ἀργότερα.

Ἐκτὸς ἀπὸ τὶς βλαβερὲς ἐπιπτώσεις πὺ ἔχει τὸ παθητικὸ κάπνισμα στὴν παιδικὴ ἡλικία, σοβαρὲς ἐπιπτώσεις στὴν ὑγεία τῶν παιδιῶν ἔχει καὶ ἡ πρόωρη ἔναρξη τοῦ κάπνισματος. Σύμφωνα μὲ τὶς στατιστικὲς οἱ περισ-

σότεροι καπνιστὲς ἀρχίζουν νὰ καπνίζουν ἀπὸ πολλὴν ἡλικία. Φαίνεται ὅτι τὰ παιδιά, πολλὴν πρῶτα, ἤδη ἀπὸ τὰ δεκατέσσερα ἢ καὶ νωρίτερα, ἔχουν κάποια ἐμπειρία κάπνισματος. Ἐὰν τὸ κάπνισμα ἀποφευχθεῖ μέχρι τὰ 15-16 οἱ πιθανότητες μειώνονται.

Γιατί, ὅμως, ἓνα παιδί ἀρχίζει νὰ καπνίζει; Στὸ ἐρώτημα αὐτὸ δὲν ἔχει δοθεῖ σαφὲς καὶ ὀλοκληρωμένον ἀπάντησι μὲχρι σήμερα. Ὑπάρχουν ὡστόσο μελέτες πὺ ὑποδεικνύουν ἓναν ἀριθμὸ προδιαθεσικῶν παραγόντων, οἱ ὁποῖοι διευκολύνουν τὴν ἔναρξη τοῦ κάπνισματος στὴν ἐφηβικὴ ἡλικία. Μεταξὺ αὐτῶν περιλαμβάνεται ἡ γνώμη τοῦ παιδιοῦ γιὰ τὸ κάπνισμα καὶ ἡ αἴσθησι τοῦ κινδύνου στὸν ὁποῖο ἐκτίθεται.

Ἄλλοι προδιαθεσικοὶ παράγοντες εἶναι ἡ καπνιστικὴ συμπεριφορὰ τῶν γονιῶν, τῶν ἀδελφῶν, τῶν συμμαθητῶν, οἱ ἀπόψεις τοῦ ἀντίθετου φύλου, ἡ ἐπίδρασι τῆς διαφήμισης, ἡ ἀποδοχὴ τοῦ κάπνισματος ἀπὸ τὸ περιβάλλον καὶ ἡ εὐκολία προμήθειας τσιγάρων.

Ἀπὸ ἄλλες μελέτες ἔχουν ἀναγνωριστεῖ ὀρισμένα χαρακτηριστικὰ τοῦ μελλοντικοῦ καπνιστῆ, καθὼς, εἶναι εὐνόητο ὅτι, ἔχει πολλὴ μεγάλη σημασία ἡ ἀναγνώρισι τῶν παιδιῶν πὺ βρίσκονται σὲ μεγάλο κίνδυνο.

Στὰ κορίτσια τὰ χαρακτηριστικὰ αὐτὰ εἶναι: ἓνας γονεὺς καπνιστῆς, ἡ πεποίθησι ὅτι τὸ κάπνισμα θὰ τοὺς κάνει καλὸ, δηλαδὴ θὰ χάσουν βάρους, θὰ ἡρεμήσουν τὰ νεῦρα τους ἢ θὰ αὐξηθεῖ ἡ ἐμπιστοσύνη στὸν ἑαυτό τους, μῖα καλὴ φίλη καπνίστρια, ἢ ἡ προτίμησι συγκεκριμένης μάρκας τσιγάρων.

Στὰ ἀγόρια παίζει ἀκόμη μεγαλύτερη σημασία ἡ παρουσία ἐνὸς φίλου καπνιστῆ καὶ ἡ προτίμησι ἀναγνωρίσιμης μάρκας, ἢ ὁποῖα διαφημίζεται. ❀



συνέχεια ἀπὸ τὴ σελ. 94

ΤΕΦΑΑ τοῦ Δημοκriteίου Πανεπιστημίου Θράκης, στὰ πλαίσια τῆς πρακτικῆς ἀσκησης φοιτητῶν (ΕΠΕ ΑΕΚ), μὲ εἰδικὲς ὁμάδες συμπεριλαμβανομένων καὶ ἀσθενῶν μὲ καρδιαγγειακὰ προβλήματα, πόνους στὴ μέση, ὀστεοαρθρίτιδα, παχυσαρκία κ.ἄ. Τὸ ἀκτισιολόγιο τῶν προγραμμάτων αὐτῶν (τὸ ὁποῖο θὰ φιλοξενηθεῖ μελλοντικὰ στὴ σπῖλη), μπορεῖ νὰ τὸ ἀκολουθήσουν καὶ ἄτομα πὺ δὲν γνωρίζουν κολύμπι καὶ νὰ καρπωθοῦν τὰ εὐεργετικὰ ἀποτελέσματα τῆς ἀσκησης. ❀



συνέχεια ἀπὸ τὴ σελ. 95

Μὲ τὶς ἐπιφυλάξεις λοιπὸν πὺ προαναφέρθηκαν καὶ προπαντὸς μὲ τὴν σύμφωνη γνώμη τοῦ γιατροῦ, τὸ Viagra μπορεῖ νὰ χρησιμοποιεῖται καὶ νὰ προσφέρει χαρὰ καὶ ἀπόλαυσι σὲ μικρῆς καὶ μεγάλης ἡλικίας νέους. Καλὸ καλοκαίρι. ❀

Θερινή απόλαυση σε ... χρώμα κόκκινο

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ ΠΑΛΛΙΟΥ,
διαιτολόγος - διατροφολόγος

Μπορεί να μην το έχουμε ακόμα καταλάβει όμως το καλοκαίρι έχει ήδη ξεκινήσει. Καιρός λοιπόν να πάρει τη θέση της στο τραπέζι μας καθημερινά ή ...βασιλίτσα ντομάτα.

Δροσερή, με έντονο χρώμα, άρωμα και την γλυκόξινη ιδιαίτερη γεύση της φέρνει τη γαστρονομική ξεκούραση στον ουρανίσκο μας μετά από ένα μακρύ χειμώνα. Και όλα αυτά, χωρίς πολλές θερμίδες! Μόνο 14 ανά 100 γραμμάρια!

Η ντομάτα, πλούσια σε διατροφική αξία, είναι σημαντική πηγή καροτενοειδών (προβιταμίνης Α), βιταμίνης C, E και K καθώς και καλίου και σεληνίου. Η αξία της όμως δεν τελειώνει εδώ. Πολλές έρευνες έχουν αποδείξει και την αντικαρκινική δράση της. Το λυκοπένιο, υπεύθυνο για το κόκκινο χρώμα της ντομάτας, έχει συσχετιστεί με μείωση του κινδύνου για καρκίνο του προστάτη¹ και του παγκρέατος².

Αναγνωρίζοντας λοιπόν την "προσφορά" της ντομάτας, θα λέγαμε ότι οι παλιοί κάπνιζαν πού την διατηρούσαν με μορφή σάλτσας όλο το χρόνο, αφού βέβαια την καταλάβαιναν πρώτα φρέσκια και λαχταριστή όλο το καλοκαίρι.

1. Kamal S. et al. World J Urol 2003; 21: 9-14
2. Nkondjock A et al. J Nutr. 2005 Mar;135(3):592-7.

Πώς θα διατηρήσουμε σάλτσα ντομάτα

Υλικά

10 κιλά ντομάτες ώριμες, χωρίς πολλούς σπόρους
άλατι
λίγο βασιλικό (προαιρετικό)

Εκτέλεση

Ζεματάμε τις ντομάτες, έτσι πού να βγαίνει εύκολα η φλούδα τους. Τις ξεφλουδίζουμε και τις περνάμε από το σουρωτήρι, για να μείνουν έξω οι σπόροι. Μετά βάζουμε τον πολτό σε γυάλινα δοχεία, χωρίς να τα γεμίσουμε ως πάνω (διαλέγουμε τα δοχεία με τα ειδικά καπάκια με λάστιχο) και βάζουμε 1 κουταλάκι του γλυκού περίπου αλάτι σε κάθε βάζο, καθώς και το βασιλικό.

Τοποθετούμε τα βάζα σε κατσαρόλα με νερό πού να τα σκεπάζει μέχρι το καπάκι και βάζουμε να βράσουν για 20-30 λεπτά.

Μπορούμε να διατηρήσουμε έτσι τον πελτέ όλο το χειμώνα.

Η συνταγή στο σύνολό της περιέχει:
Θερμίδες: 1400 Kcal Πρωτεΐνες: 90 γρ.
Λίπη: ίχνη Ύδατάνθρακες: 280 γρ.
Χοληστερόλη: 0 mg



Ζυμαρικά με ελιές και ντομάτες στο φούρνο

(Υλικά για 4 άτομα)

350 γρ. μακαρόνια κοντά ή ριγκατόνι
400 γρ. φρέσκα κρεμμυδάκια
500 γρ. ώριμες σφιχτές ντομάτες κομμένες σε ροδέλες

1 κόκκινη πιπερίτσα κομμένη ροδέλες (χωρίς σπόρους)

100 γρ. ελιές Καλαμών φιλοκομμένες
2-3 κουτ. της σούπας συμπυκνωμένο χυμό ντομάτας
200 γρ. κεφαλογραβιέρα τριμμένη
3 κουταλιές της σούπας ελαιόλαδο
λίγη φρυγανιά, αλάτι, πιπέρι

Εκτέλεση

Καθαρίζουμε τα φρέσκα κρεμμυδάκια και τα φιλοκόβουμε. Κατόπιν τα σοτάρουμε σε 2 κουταλιές της σούπας λάδι και λίγο νερό μέχρι να μαλακώσουν.

Αλατοπιπερώνουμε.

Βράζουμε τα ζυμαρικά σύμφωνα με τις οδηγίες της συσκευασίας τους και τα στραγγίζουμε. Τα άνακατεύουμε με το χυμό της ντομάτας, τα 2/3 από το τυρί, τα κρεμμυδάκια και τις μισές ελιές.

Αλείφουμε με ελάχιστο ελαιόλαδο φόρμα ή πυρέξ και πασπαλίζουμε με τη φρυγανιά. Στρώνουμε τις μισές ροδέλες της ντομάτας και απλώνουμε μέσα το μείγμα των ζυμαρικών. Καλύπτουμε με τις υπόλοιπες φέτες της ντομάτας, την πιπερίτσα και τις υπόλοιπες ελιές. Πασπαλίζουμε με το υπόλοιπο τυρί.

Περιχύνουμε με το υπόλοιπο λάδι και φίνουμε στους 200-220°C 20'.

Η συνταγή στο σύνολό της περιέχει:
Θερμίδες: 3.054 Kcal Πρωτεΐνες: 169 γρ.
Λίπη: 137 γρ. Ύδατάνθρακες: 348 γρ.
Χοληστερόλη: 204,8 mg

Σωματική άσκηση στο νερό

ΣΑΒΒΑΣ ΤΟΚΜΑΚΙΔΗΣ, καθηγητής έργοφυσιολογίας, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Τμήμα Ύψιστης Φυσικής Άγωγής και Άθλητισμού (ΤΕΦΑΑ)

Το νερό αποτελεί πηγή ζωής αλλά και μέσο για σωματική εξάσκηση. Η ελληνική θάλασσα με τις άπειρες ακρογιαλιές αποτελεί πρόκληση κατά τους θερινούς μήνες, αλλά και οι πισίνες με τη ρυθμιζόμενη θερμοκρασία του νερού χρησιμοποιούνται ως μια εναλλακτική μορφή άσκησης για όλους όσους αγαπούν το ύγρο στοιχείο. Το ερώτημα που εύλογα προκύπτει είναι αν μπορούν όλοι να ακολουθούν προγράμματα άσκησης στο νερό χωρίς κανένα κίνδυνο. Τα δεδομένα που έχουν συσσωρευτεί από διάφορες μελέτες αίρουν κάθε αμφιβολία και ενθαρρύνουν όλον τον κόσμο να απολαμβάνει την άσκηση στο νερό και να καρπώνεται τα ευεργετικά της όφελγη, βελτιώνοντας τη φυσική του κατάσταση και την υγεία.

Η άσκηση στο νερό η το κολύμπι βοηθά πολύ περισσότερο τα άτομα που έχουν ύποστη διάφορους τραυματισμούς στο μυοσκελετικό τους σύστημα και διανύουν το στάδιο της αποκατάστασης, καθώς επίσης και τα άτομα με πόνο στην μέση και στις αρθρώσεις. Οι αντιστάσεις στο νερό είναι ήπιες και προσδιορίζονται

από την δική μας προσπάθεια, γυμνάζουν όλο το μυϊκό σύστημα, προκαλούν άνακούφιση και ρυθμίζονται ανάλογα με την εμφάνιση του πόνου, όταν προκύψει κάτι τέτοιο, χωρίς να προκαλούν ανεπιθύμητες αντιδράσεις. Ο πόνος λοιπόν, στις ειδικές περιπτώσεις που εμφανίζεται, αποτελεί και το άλάνθαστο μέτρο προσδιορισμού της έντασης. Παρά τα όφελγη που παρέχει το κολύμπι και η άσκηση στο νερό τόσο σε υγιή άτομα όσο και σε άσθενείς με διάφορες παθήσεις και καρδιαγγειακά νοσήματα, δεν αποτελεί μάλλον το κατάλληλο είδος άσκησης για άτομα με οστεοπόρωση. Έρευνες έχουν δείξει ότι η άσκηση σε υδάτινο περιβάλλον παρά το ότι ωφελεί το μυϊκό μεταβολισμό δεν προκαλεί σημαντικές προσαρμογές στο μεταβολισμό και στην μικροαρχιτεκτονική του οστίτη οστού. Μεγαλύτερες αντιστάσεις με βάρη ή άλματα που προκαλούν κραδασμούς έχει βρεθεί ότι βελτιώνουν την οστική πυκνότητα η επιβραδύνουν το ρυθμό οστικής αποδόμησης σε άσθενείς με οστεοπόρωση.

Όταν κολυμπάμε το σώμα μας βρίσκεται σε οριζόντια θέση και η καρδιακή λειτουργία δεν αντιμετωπίζει το υδροστατικό φαινόμενο της βαρύτητας. Η κυκλοφο-

ρία των υγρών του σώματος γίνεται ομαλά χωρίς την επιβάρυνση της υδροστατικής πίεσης για άποστολή του αίματος, στο μέρος του σώματος πάνω από το επίπεδο της καρδιάς η στην έπαναφορά του στους κόλπους από την περιφέρεια του σώματος. Ο όγκος παλμού, το αίμα δηλαδή που διοχετεύει η καρδιακή αντίλη σε κάθε κτύπο, σε κάθε συστολή του μυοκαρδίου προς την περιφέρεια, έχει την καλύτερη δυνατή άπόδοση. Και με αίμοδυναμικά πλεονεκτήματα, λοιπόν, και με μετριασμένες τις

άρτηριακές πιέσεις λόγω λειτουργικών παραγόντων δύναται να γυμναστεί κάθε ασκούμενος σε υδάτινο περιβάλλον.

Στην πρώτη έπαφή του σώματος με τη δροσερή θάλασσα προκαλείται άγγειοσυστολή και άντανακλαστική πτώση της καρδιακής συχνότητας. Τη φυσιολογική αυτή αντίδραση είχαν, ίσως, παρεξηγήσει παλαιότερα οι ειδικοί και συνιστούσαν άποχή από τα θαλασσινά μπάνια στους άσθενείς με καρδιαγγειακά προβλήματα. Το στρες αυτό γίνεται άκόμα πιο έντονο μετά από την έκθεση του σώματος στον ήλιο όπου

προκαλείται άγγειοδιαστολή. Στις ελληνικές συνθήκες μπορεί να προτεθεί και το φαγητό που μαζί με την άνυπομονησία μας να δροσιστούμε, μας κάνει να μην περιμένουμε το καθιερωμένο τρίωρο (τουλάχιστον δίωρο και άνάλογα με το φαγοπότι) και βουτάμε στη θάλασσα. Τότε αντί να άπολαύσουμε τα γαλανά νερά μπλέκουμε με ύπηρεσίες του ΕΣΥ και περιπέτειες! Έχουμε ύποχρέωση πάντοτε να φροντίζουμε για ήπια άλλαγή και προσαρμογή μεταξυ θερμοκρασίας σώματος και περιβάλλοντος. Αυτό το καταφέρνουμε εύκολα ρίχνοντας λίγο νερό στο σώμα μας, στο πρόσωπο και στις μασχάλες πριν βουτήξουμε στη θάλασσα.

Το πρόβλημα με τη θερμοκρασία του νερού, το όποιο δεν πρέπει να αποτελεί άνασταλτικό παράγοντα άκόμα και σε άσθενείς με καρδιαγγειακές παθήσεις, λύεται στις πισίνες με έλεγχομένη θερμοκρασία. Έδω οι λάτρεις του ύγρου στοιχείου μπορούν να άπολαύσουν όργανωμένα προγράμματα άσκησης όπως αυτά που πραγματοποιούνται στην πόλη της Κομοτηνής από το



Ἡ σιλδεναφίλη στὴ θεραπεία τῆς δυσλειτουργίας τῆς στύσης: Τὸ Viagra στὴ ζωὴ μας.

ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΦΡΟΓΟΥΔΑΚΗ, Ἐπιμελήτρια, καρδιολογικὴ κλινικὴ Ἱεράσειο Γ.Ν. Ἐλευσίνιας

Τὸ Viagra εἶναι ἓνα φάρμακο ποὺ ἔχει συζητηθεῖ πολὺ τὰ τελευταῖα χρόνια. Ἀνήκει σὲ μία ομάδα φαρμάκων ποὺ ὀνομάζονται ἀναστολεῖς τῆς φωσφοδιεστεράσης τύπου 5. Δρᾶ βοηθώντας στὴ καλάρωση τῶν ἀγγείων τοῦ πέους καὶ ἐπιτρέποντας τὴ ροὴ τοῦ αἵματος μέσα στοῦ πέους κατὰ τὴ σεξουαλικὴ διέγερση. Βοηθᾷ τοὺς ἀσθενεῖς μὲ δυσλειτουργία στύσης -δηλαδὴ μὲ ἀδυναμία νὰ ἐπιτύχουν καὶ νὰ διατηρήσουν ἐπαρκῆ στύση ὥστε νὰ ἔχουν ἱκανοποιητικὴ σεξουαλικὴ δραστηριότητα- νὰ ἀποκτήσουν καὶ πάλι μία σχετικὰ φυσιολογικὴ σεξουαλικὴ ζωὴ. Ὅπως ὅλα τὰ φάρμακα ἔχει κι αὐτὸ τοὺς περιορισμοὺς του. Ἰδιαιτέρως ὁμως γιὰ τοὺς καρδιοπαθεῖς. Ἀπὸ τὴν ἄλλη πλευρὰ φαίνεται πὼς λόγω τῶν ἀγγειοδιασταλτικῶν ἰδιοτήτων του μπορεῖ νὰ ἔχει καὶ εὐεργετικὴ ἐπίδραση σὲ ὀρισμένες περιπτώσεις καρδιακῆς νόσου. Πάντως, γιὰ νὰ φέρει ἀποτέλεσμα τὸ Viagra πρέπει νὰ ὑπάρχει σεξουαλικὴ διέγερση.

Ἡ συνιστώμενη δόση εἶναι 50 mg καὶ λαμβάνεται κατὰ περίπτωσιν περίπου μία ὥρα πρὶν ἀπὸ τὴ σεξουαλικὴ δραστηριότητα. Ἡ δόση μπορεῖ νὰ αὐξηθεῖ σὲ 100 mg ἢ νὰ ἐλαττωθεῖ σὲ 25 mg, ἀνάλογα μὲ τὴν ἀποτελεσματικότητα καὶ τὴν ἀνοχὴ στὸ φάρμακο. Ἡ μέγιστη συνιστώμενη δόση εἶναι 100 mg.

Τὸ Viagra χρειάζεται περισσότερο χρόνο νὰ δράσει ἐὰν ληφθεῖ μαζί μὲ βαρὺ γεῦμα. Ἡ λήψη οἴνουπνεύματος μπορεῖ νὰ ἐπηρεάσει προσωρινὰ τὴν ἱκανότητα γιὰ στύση. Προκειμένου νὰ ἐπιτευχθεῖ ἡ μέγιστη ἀπόδοσιν τοῦ φαρμάκου, δὲν συνιστᾶται ἡ λήψη μεγάλων ποσοτήτων οἴνουπνεύματος πρὶν ἀπὸ τὴ χρήση τοῦ Viagra.

Τὸ Viagra ἔχει ἀποδειχθεῖ ὅτι ἐνισχύει τὸ ὑποτασικὸ ἀποτέλεσμα τῶν νιτρῶδων καί, ἐπομένως, δὲν πρέπει νὰ λαμβάνεται ἀπὸ ἀσθενεῖς ποὺ φοροῦν τὰ αὐτοκόλλητα μὲ νιτρῶδη ἢ παίρνουν νιτρῶδη ἀπὸ τὸ στόμα ἢ ὑπογλωσσίως.

Τὰ φάρμακα γιὰ τὴ θεραπεία τῆς δυσλειτουργίας στύσης, συμπεριλαμβανομένου τοῦ Viagra, δὲν πρέπει νὰ χρησιμοποιοῦνται ἀπὸ ἄνδρες στοὺς ὁποίους δὲν συνιστᾶται ἡ σεξουαλικὴ δραστηριότητα. Εἶναι λογικὸ πὼς ἂν κάποιος εἶναι σοβαρὰ ἄρρωστος καὶ μὲ δυσκολία μπορεῖ νὰ αὐτοεξυπηρετηθεῖ δὲν πρέπει νὰ ἔχει σεξουαλικὴ δραστηριότητα ποὺ θὰ στρεσάρει ἀκόμα περισσότερο τὰ ζωτικὰ του ὄργανα. Τὸ φάρμακο ἐπίσης ἀντενδείκνυται σὲ περιπτώσεις βαριᾶς ἥπιατικῆς ἀνεπάρκειας, ὑπότασης (ἀρτηριακὴ πίεσιν <90/50 mmHg), πρόσφατου ἐγκεφαλικοῦ ἐπεισοδίου ἢ ἐμφράγματος τοῦ μυοκαρδίου καὶ κληρονομικῆς, ἐκφυλιστικῆς ἀμφιβληστροειδοπάθειας (παθήσεις τοῦ ἀμφιβληστροειδοῦ τοῦ ὀφθαλμοῦ). Ἀντενδείκνυται ἐπίσης σὲ σοβαροῦ βαθμοῦ



στένωση ἀορτῆς καὶ ὑπερτροφικὴ ἀποφρακτικὴ μυοκαρδιοπάθεια. Ὅπως ὅλα τὰ φάρμακα θὰ πρέπει νὰ χορηγεῖται μὲ προσοχὴ στοὺς ἠλικιωμένους καὶ στοὺς ἀσθενεῖς μὲ νοσήματα τῶν νεφρῶν καὶ τοῦ αἵματος. Σὲ μερικές περιπτώσεις δυσμορφίας τοῦ πέους ἢ παλαιοῦ τραυματισμοῦ θὰ πρέπει νὰ ἐρωτηθεῖ οὐρολόγος ἐὰν ἡ στύση μπορεῖ νὰ προκαλέσει πρόβλημα. Προσοχὴ ἀπαιτεῖται στὴ συγχορήγησιν μὲ ἄλλα φάρμακα. Ἐνδέχεται ὁ γιατρός σας νὰ σᾶς ζητήσει νὰ κάνετε κάποιες ἐξετάσεις αἵματος ἂν τὸ λαμβάνετε συχνά.

Καὶ τώρα ποὺ τελειώσαμε μὲ τὶς ἀντενδείξεις νὰ προχωρήσουμε καὶ στὰ καλὰ τοῦ φαρμάκου.

Νὰ τονίσουμε πὼς παρὰ τὶς ἀντενδείξεις ποὺ προαναφέρθηκαν, ἄρκετοὶ ἀσθενεῖς μὲ καρδιολογικὰ προβλήματα μποροῦν νὰ πάρουν τὸ φάρμακο ἀφοῦ πρῶτα ἔχουν ἐπισκεφθεῖ τὸν καρδιολόγο τους καὶ ἔχει ἀποκλειστεῖ ἡ πιθανότητα ὀξείας κατάστασιν, μὲ σχετικὴ ἀσφάλεια.

Ἐπάρχουν ἐνδείξεις στὴ βιβλιογραφία πὼς μπορεῖ νὰ βοηθᾷ τοὺς ἀσθενεῖς μὲ καρδιακὴ ἀνεπάρκεια καὶ τελευταῖα ἔχουν γίνει μελέτες ποὺ ἔχουν ἀποδείξει πὼς τὸ φάρμακο δρᾶ εὐεργετικὰ σὲ μία, πολὺ δύσκολη στὴ θεραπεία τῆς ὡς τώρα, νόσου ποὺ ὀνομάζεται πνευμονικὴ ὑπέρτασιν.

Τὸ βασικὸ ὁμως πλεονέκτημα τοῦ φαρμάκου γιὰ ὅσους ἔχουν πρόβλημα εἶναι ἡ ἐπανάκτησιν μίαν ἱκανοποιητικῆς σεξουαλικῆς ζωῆς καὶ ἡ αἴσθησιν τῆς ἐπανεπένταξιν στὴ ζωὴ πολλῶν ἀνθρώπων μὲ καρδιολογικὰ ἢ ἄλλα νοσήματα ποὺ θεωροῦσαν πὼς αὐτὸ τὸ μέρος τῆς δραστηριότητας ἔχει ὀριστικὰ παρέλθει. Ἡ καλὴ διάθεσιν καὶ ἡ αἴσθησιν τῆς νεότητας μόνο εὐεργετικὰ μπορεῖ νὰ δροῦν γιὰ κάθε ἄνθρωπο, ἀκόμα κι ἂν ἀντιμετωπίζει κάποια προβλήματα ὑγείας.

Θεραπείει τὸ γέλιο;

Συνέχεια ἀπὸ τὸ τεύχος Ἀπριλίου

Ἴσως τὸ γέλιο καὶ ἡ εὐθυμία βοηθοῦν εἰς τὸ νὰ παρακαμφθοῦν βραχυκρόνια ἀντιξοότητες ἀλλὰ δὲν προστατεύουν ἀπὸ μακροτέρας διαρκείας καὶ διαστάσεων περιπετειᾶς τοῦ βίου.

Δὲν ἀποκλείεται ἄλλωστε οἱ εὐθυμοὶ καὶ αισιόδοξοὶ νὰ ἐνεργοῦν ἀκρίτως, μὲ τὴν πεποίθηση εὐνοϊκῆς ἐκβάσεως (κάπνισμα, καταχρήσεις, ἄκριτη ὁδήγηση).

Ἐν ὀλίγοις δὲν ὑπάρχει ἀπόδειξη ὅτι ὁ εὐθυμος καὶ αισιόδοξος χαρακτήρ ἐξασφαλίζει ὑγείαν καὶ μακροβιότητα, ἴσως δὲ καὶ τὸ ἀντίθετο. Ἀλλὰ, βέβαια, τὸ γέλιο καὶ ἡ πρὸς τοῦτο διάθεση εἶναι ἐπιθυμητὰ ἀντίδοτα στὶς ἀντιξοότητες.

Ἴσως ὁ ἀνθρώπινος πόνος εἶναι ἓνα τέτοιο παράδειγμα. Γιὰ τὸν Norman Cousins, στὸν ὁποῖον ἦδη ἀναφερθήκαμε, τὸ γέλιον παρέχει σημαντικὴν ἀνακούφισιν ἀπὸ τὸν πόνο.

Μὲ ἀφετηρία τὴν διαπίστωση αὐτή, ἡ Ρόζμαρυ Κόγκαν ἐσκέφθη νὰ χρησιμοποίησιν τὸ περιβραχιόνιο τοῦ πιεσόμετρου διὰ νὰ προκαλεῖ, ὀδυνηρῆ ἐνόχληση στὸ βραχίονα τοῦ θύματος. Ὑστερα ἀπ' αὐτὸ προέβαλε ἓνα βίντεο, διαρκείας ὀλίγων λεπτῶν, μὲ περιεχόμενο κωμικὸ ἢ οὐδέτερο ἢ, ἀντὶ πλασέμπο (εἰκονικοῦ φαρμάκου) καθόλου βίντεο.

Τὸ πείραμα ἐπιβεβαίωσε τὴν ἀρχικὴν ὑπόθεσιν, διότι ὁσάκις τὸ θέαμα προκαλοῦσε τὸ γέλιο τὸ ἐνόχλημα ὑπεχώρη ἢ ἡμβλύετο. Ἡ διαπίστωση αὐτὴ ὑπάρξεως ἀναλγητικοῦ ποῦ δὲν ἀπαιτεῖ δαπάνη ἢ ἐκπαίδευση, εἶναι ἀσφαλῶς κάτι τὸ ἐνθαρρυντικὸ καὶ αισιόδοξο καὶ δικαιώνει τοὺς ὑποστηρικτὰς τοῦ ἀναλγητικοῦ γελίου. Σὲ συνέχεια ὅμως τῆς ἐρεύνης ἀπεκαλύφθη ὅτι καὶ θεάματα μὲ συναισθηματικὸ περιεχόμενο εἶχαν ἐξίσου ἀγαθὸν ἀποτέλεσμα.

Ἡ πιὸ πιθανὴ ἐρμηνεία τοῦ φαινομένου εἶναι ὅτι πρόκειται περὶ τῆς αὐτῆς ἀλληλουχίας ἀντιδράσεων μὲ ἀνάπτυξιν ἠζηρημένων ἀντανακλαστικῶν.

Τὰ ἴδια ἀκριβῶς προέκυψαν καὶ κατὰ τὴν παρακολούθησιν ἀσθενῶν ποῦ εἶχαν ὑποβληθεῖ σὲ ὀρθοπαιδικὰ ἐγχειρήσεις. Ἡ θέαση ταινιῶν ποῦ προκαλοῦσαν γέλωτα, εἶχε ὡς ἀποτέλεσμα τὴν μείωση τῶν



ἀναγκῶν σὲ ἀναλγητικά.

Τελικὰ, ὅμως, εὐρέθη ὅτι τὸ ἀποτέλεσμα ἦταν ἴδιο, ἀρκεῖ οἱ ἀσθενεῖς νὰ ἐπέλεγαν ἔργα τῆς ἀρεσκείας τῶν, ἀκόμη καὶ ἂν τὸ περιεχόμενο ἦταν ἀπόλυτα δραματικὸ. Δὲν ἀναφέρεται κάτι γιὰ πορνὸ ἀλλὰ, φαντάζομαι ὅτι, θὰ ἦσαν ἰδιαίτερα ἀποδοτικά.

Εἰς τὴν συζήτησιν παρεμβαίνουν καὶ οἱ ὀδοντίατροι ποῦ ἔχουν καίριον λόγον, μὰ ποῦ εἶναι αὐτοὶ ποῦ ἐνέχονται στὴν πιὸ συχνὴ πρόκληση πόνου ἐπὶ τοῦ ἀνθρώπου.

Ἀπὸ αὐτοὺς προέρχεται ἡ πληροφορία ὅτι, οἱ εὐθυμοὶ καὶ γελαστοὶ ἄνθρωποι ἀντέχουν καλύτερα, γενικὰ, στὸν πόνο.

Τί ὁδηγεῖ ὅμως ἡ μᾶλλον μωσιπέυει, εἰς τὸ καλὸ ἀποτέλεσμα; Τὸ γέλιο σὰν πράξις ἢ σὰν καλὴ προαίρεσις; Μὴν ξεχνᾶμε ὅτι ἡ ἀντοχὴ στὸν

πόνο αὐξάνει καὶ μὲ ἓνα τρυφερὸ χάδι.

Μήπως πίσω ἀπὸ ὅλα αὐτὰ τὰ φαινόμενα βρίσκεται ἡ ἰδιωτικὴ μορφίνη μας, ἡ ἐνδορφίνη;

Ἀντικειμενικὴ διαπίστωσις αὐτῆς τῆς ὑποθέσεως, δηλαδὴ παραγωγῆς γελωτογενοῦς ἐνδορφίνης, δὲν ὑπάρχει μέχρι τοῦδε.

Ἴσως θὰ ἄξιζε τὸν κόπο νὰ δοκιμασεῖ, ἂν ἡ ἀλλοζάνη ποῦ ἐξουδετερώνει τὴν ἐνδορφίνη, θὰ ἀνεκοπτε τὴν δρᾶση τοῦ γελίου.

Ἐκεῖ ὑπάρχει κενόν. Ἀντικειμενικὴ διαπίστωση μεταβολῶν βιολογικῶν ὑποστρωμάτων ἢ τουλάχιστον ἀξιόπιστη ἀπόδειξη ποῦ νὰ εἶναι ἰατρικῶς ἀποδεκτὴ δὲν ὑπάρχει μέχρι σήμερα. 🍎

Συνέχεια στὸ ἐπόμενο τεύχος